



ГУБЕРНАТОР ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

22.07.2019

№ 60

О внесении изменений в постановление Губернатора
Томской области от 13.09.2013 № 112

В целях приведения в соответствие с действующим законодательством
ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести в постановление Губернатора Томской области от 13.09.2013 № 112 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) на территории Томской области» («Собрание законодательства Томской области», № 10/2 (99) от 31.10.2013) следующие изменения:

1) пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Губернатора Томской области по экономике.»;

2) в Административном регламенте предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, и медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) на территории Томской области, утвержденном указанным постановлением (далее – Регламент):

а) абзац четвертый подпункта 2) пункта 27 изложить в следующей редакции:

«При намерении осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, но не указанные в лицензии, заявитель представляет документы, предусмотренные абзацами четвертым, пятым, десятым, одиннадцатым подпункта 1) настоящего пункта;»;

б) приложение № 1 к Регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему постановлению;

в) приложение № 2 к Регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему постановлению;

г) приложение № 3 к Регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему постановлению;

д) приложение № 4 к Регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему постановлению;

е) приложение № 5 к Регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 5 к настоящему постановлению;

ж) приложение № 6 к Регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 6 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования.

И.о. Губернатора Томской области



А.М.Феденёв

Приложение № 1
к постановлению Губернатора
Томской области
от 22.07.2019 № 60

Приложение № 1
к Административному регламенту предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, и медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) на территории Томской области

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(Заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по лицензированию
Томской области
634029, г. Томск, ул. Белинского, 19

Заявление

о предоставлении 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»)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов)	

6.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН), основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (далее – ЕГРЮЛ) или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (далее – ЕГРИП) с указанием адреса места нахождения органа, осуществляющего государственную регистрацию	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения записи в ЕГРЮЛ (ЕГРИП) _____ Адрес места нахождения органа, осуществляющего государственную регистрацию, ____ _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____ _____
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	№ документа _____ Дата документа _____ Сумма _____
11.	Данные документа (сведения), подтверждающего наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
12.	Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществления медицинской деятельности (реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения)	Дата выдачи _____ № _____ санитарно-эпидемиологического заключения № _____ бланка санитарно-эпидемиологического заключения _____
13.	Контактный телефон, факс	
14.	Адрес электронной почты (при наличии)	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направить в электронной форме информацию по вопросам лицензирования)	

в лице _____,
 (Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя постоянно действующего
 исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего
 право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на _____,
 основании _____

(Документ, подтверждающий полномочия)

просит 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»).

Руководитель организации-заявителя,
 индивидуальный
 предприниматель

 (Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

 (Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ Г.

Приложение № 1

к заявлению о предоставлении 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»)

Форма

Перечень

заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

(Наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресам мест осуществления деятельности: _____

(Указывается для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель _____

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ 20 ____ г.

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении 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»)

Форма

Сведения
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)

(Наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя и адреса мест осуществления медицинской деятельности) ****
(Заполняется при новых адресах и новых работах, услугах)

Заявленные работы и услуги медицинской деятельности	№ п/п*	Наименование медицинского изделия (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) **	Количество, шт. ***	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

* Порядковый номер оснащения рекомендуется представлять в соответствии с порядковым номером стандарта оснащения, установленным порядками оказания медицинской помощи по соответствующим работам (услугам) медицинской деятельности.

** Рядом с видом медицинского изделия указывается его конкретное наименование в соответствии с технической документацией на изделие и регистрационным удостоверением.

*** В соответствии со стандартами оснащения.

**** В случае, если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности.

(Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

М.П. (при наличии)

Г.

(Подпись)



Приложение № 2
к постановлению Губернатора
Томской области
от 22.07.2019 № 60

Приложение № 2
к Административному регламенту предоставления
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности медицинских
организаций (за исключением медицинских
организаций, подведомственных федеральным
органам исполнительной власти, а также
организаций федеральных органов исполнительной
власти, в которых федеральным законом
предусмотрена военная и приравненная к ней
служба, и медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность по оказанию
высокотехнологичной медицинской помощи)
на территории Томской области

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(Заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по лицензированию
Томской области
634029, г. Томск, ул. Белинского, 19

Форма заявления

о переоформлении 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»)

Лицензия № _____ от _____, выданной

(Наименование лицензирующего органа)

в связи с:
реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
изменением наименования юридического лица;
изменением адреса места нахождения юридического лица;
изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково») юридическим лицом или индивидуальным
предпринимателем;
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
изменением имени, фамилии, отчества, реквизитов документа, удостоверяющего
личность или места жительства индивидуального предпринимателя;
изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг медицинской
деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

в связи с истечением срока действия лицензии (по основаниям части 4 статьи 22 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»);

в связи с наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения (по основаниям части 6.1 статьи 22 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

нужное подчеркнуть

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Новые сведения о лицензиате (правопреемнике)
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов)		
6.	Основной государственный регистрационный номер для юридического лица (ОГРН), основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (далее – ЕГРЮЛ) или индивидуальном предпринимателе в Единый	Выдан _____ _____ _____ (Орган, выдавший документ) Дата внесения записи в ЕГРЮЛ	Выдан _____ _____ _____ (Орган, выдавший документ) Дата внесения записи в ЕГРЮЛ

	государственный реестр индивидуальных предпринимателей (далее – ЕГРИП)	(ЕГРИП) _____ Адрес места нахождения органа, осуществляющего государственную регистрацию, _____	(ЕГРИП) _____ Адрес места нахождения органа, осуществляющего государственную регистрацию, _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (Орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____	
10.	Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	№ документа _____ Дата документа _____ Сумма _____	
11.	Данные документа (сведения), подтверждающего наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Дата выдачи _____ Кадастровый (или условный номер): _____ Бланк: серия _____ № _____	
12.	Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществления медицинской деятельности (реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения) в случае изменения перечня выполняемых работ (услуг), изменения адресов мест осуществления деятельности	Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения _____ № бланка санитарно-эпидемиологического заключения _____	
13.	Контактный телефон/факс		
14.	Адрес электронной почты лицензиата (при наличии)		
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направить в электронной форме информацию по вопросам лицензирования)		

В лице _____

(Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,

(Документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить документ, подтверждающий наличие 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»).

Оригинал действующей 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») прилагаю.

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный
предприниматель

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ Г.

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении 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»)

Форма

Перечень новых мест осуществления медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

(Наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)		
№ п/п	Адреса новых мест осуществления деятельности	Работы (услуги)

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ г.

Приложение № 2

к заявлению о переоформлении 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»)

Форма

Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), но не указанных в лицензии

(Наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Заявляемые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), но не указанные в лицензии	Адрес места осуществления деятельности

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ г.

Приложение № 3

к заявлению о переоформлении 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»)

Форма

Перечень прекращенных работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

(Наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Прекращенные работы (услуги)	Дата прекращения работ (услуг)	Адрес места осуществления деятельности

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ г.

Приложение № 4

к заявлению о переоформлении 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»)

Форма

Перечень адресов, по которым прекращается осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

(Наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адреса, по которым прекращается осуществление деятельности	Дата прекращения осуществления деятельности	Работы (услуги)

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ Г.

Приложение № 5
к заявлению о переоформлении 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»)

Форма

Сведения
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)

(Наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального
предпринимателя и адреса мест осуществления медицинской деятельности****
(Заполняется при новых адресах и новых работах, услугах)

Заявляемые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), но не указанные в лицензии	№ п/п*	Наименование медицинского изделия (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) **	Количество, шт. ***	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

* Порядковый номер оснащения рекомендуется представлять в соответствии с порядковым номером стандарта оснащения, установленным порядками оказания медицинской помощи по соответствующим работам (услугам) медицинской деятельности.

** Рядом с видом медицинского изделия указывается его конкретное наименование в соответствии с технической документацией на изделие и регистрационным удостоверением.

*** В соответствии со стандартами оснащения.

**** В случае, если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности.

(Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного
представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя)

М.П. (при наличии)

_____ г.

(Подпись)



Приложение № 3
к постановлению Губернатора
Томской области
от 22.07.2019 № 60

Приложение № 3
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
по лицензированию медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных органов
исполнительной власти, в которых федеральным
законом предусмотрена военная и приравненная
к ней служба, и медицинских и иных
организаций, осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной медицинской
помощи) на территории Томской области

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(Заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по лицензированию Томской
области 634029, г. Томск, ул. Белинского, 19

от _____
(Полное наименование лицензиата)

исх. № _____
от _____

Заявление

о предоставлении дубликата 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»)

(Полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального
предпринимателя)

(Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

(Основной государственный регистрационный номер – для индивидуального предпринимателя/
государственный регистрационный номер – для юридического лица)

(Идентификационный номер налогоплательщика)

(Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии)

просит выдать дубликат лицензии № _____ от _____

на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») в связи с ее утратой (порчей) (нужное подчеркнуть).

Испорченный бланк лицензии прилагаю (в случае порчи лицензии).

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель _____ / _____

(Подпись)

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

М.П. (при наличии)

_____ г.

Приложение:

Испорченный бланк лицензии № _____ от _____.



Приложение № 4
к постановлению Губернатора
Томской области
от 22.07.2019 № 60

Приложение № 4
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
по лицензированию медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных органов
исполнительной власти, в которых федеральным
законом предусмотрена военная и приравненная
к ней служба, и медицинских и иных
организаций, осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной медицинской
помощи) на территории Томской области

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(Заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по лицензированию
Томской области 634029, г. Томск,
ул. Белинского, 19

от _____
(Полное наименование лицензиата)

Исх. № _____
от « ____ » _____

Заявление

о предоставлении копии 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»)

(Полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального
предпринимателя)

(Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

(Основной государственный регистрационный номер – для индивидуального предпринимателя/
государственный регистрационный номер – для юридического лица)

(Идентификационный номер налогоплательщика)

просит 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 _____

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ Г.



Приложение № 5
к постановлению Губернатора
Томской области
от 22.07.2019 № 60

Приложение № 5

к Административному регламенту предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, и медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) на территории Томской области

Форма

В Комитет по лицензированию
Томской области
от _____

№ _____

Заявление

о прекращении действия 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»)

(Наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

(Место нахождения лицензиата)

(Идентификационный номер налогоплательщика)

Прошу Вас прекратить действие 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 _____ выданной

(Организация, выдавшая лицензию)

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель _____

(Фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

(Подпись)

М.П. (при наличии)

_____ 20 ____ г.



Приложение № 6
к постановлению Губернатора
Томской области
от 22.07.2019 № 60

Приложение № 6

к Административному регламенту предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, и медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) на территории Томской области

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(Заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по лицензированию
Томской области
634029, г. Томск, ул. Белинского, 19

от _____ № _____

Заявление

о предоставлении сведений о конкретной 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»)

Прошу предоставить сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № _____ от _____, выданной _____

(Наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

(Место нахождения лицензиата (юридический адрес, место осуществления деятельности))

(Идентификационный номер налогоплательщика)

(Подпись)

(Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

М.П. (при наличии)

_____ г.

