Приложение 11

к приказу Департамента здравоохранения

Ивановской области

от 30.12.2020 № 241

Форма

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

заполняется Департаментом здравоохранения Ивановской области

В Департамент здравоохранения

Ивановской области

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 юридического лица / или Индивидуальный предприниматель  | Общество с ограниченной ответственностью |
| 2. | Полное наименование юридического лица | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 2.1 | Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | ООО «МИР» |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)  | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Мира, д. 5 |
| 5. | Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 1012345678901 |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  | *\_\_\_*Свидетельство о государственной регистрации юридического лица*\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи (регистрации) \_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи \_\_\_\_\_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_37\_\_\_\_№ 000000\_\_\_\_\_ |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика | 3716000000 |
| 8. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе | *\_*Свидетельство о постановке на учет российской организации по месту нахождения на территории Российской Федерации *\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново \_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_10.01.2010\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_37\_\_\_№ \_\_\_000000\_\_\_\_ |
| 9. | Наименование и адрес места нахождения органа осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | \_\_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование регистрирующего органа) Адрес \_\_153000, Ивановская область, г. Иваново, пер. Семеновского, д. 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Лицензируемый вид деятельности | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).  |
| 11. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 12. | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: |
| 12.1. | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним  | Реквизиты документов:**1. 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1**Свидетельство о государственной регистрации права серия 99-АБ № 123456. Дата выдачи 01 июня 2013 г.Вид права: Оперативное управление.Объект права: Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1. Кадастровый номер: 123456. Запись регистрации № 99-02/21-498/2008-772.**2. 153000, Ивановская область, г. Иваново,** **ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**Общество с ограниченной ответственностью «Управление» (Ссудодатель). Выписка из Единого государственного реестра недвижимости об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости б/н от 29.01.2019г.Адрес: 153000, Российская Федерация, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006Площадь, м2: 121.3Назначение: Нежилое.Наименование: Данные отсутствуют.Правообладатель: Общество с ограниченной ответственностью «Управление».Вид, номер и дата государственной регистрации права: Собственность, 37:24:000005:100-37/003/2019-5, 29.01.2019.Договор б/н безвозмездного пользования нежилым помещением от 10 марта 2020 г.Дополнительное соглашение № 1 от 10.09.2020 г. к договору безвозмездного пользования нежилым помещением от 10 марта 2020 г. |
| 12.2. | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:1. Наименование органа (организации), выдавшего документ\_\_\_ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области\_\_\_Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_№ 37.ИЦ.02.000.М.000001.12.20\_\_\_Дата выдачи заключения\_\_01.12.2020\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка\_ 3200022\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес\_ Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1 (Российская Федерация)\_2. Наименование органа (организации), выдавшего документ\_\_\_ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области\_\_\_Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_№ 37.ИЦ.02.000.М.000002.12.20\_\_\_Дата выдачи заключения\_\_01.12.2020\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка\_ 3200023\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес\_ Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006 (Российская Федерация)\_ |
| 12.3. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 13. | Контактный телефон руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя и официальный адрес электронной почты юридического лица  |  8 (4932) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru (адрес электронной почты) |
| 13.1 | Контактный телефон лица, уполномоченного действовать от имени соискателя лицензии | (контактный телефон) |
| 14. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | 8 (4932) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru(адрес электронной почты) |
| 15. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении** [<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |
| 16. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) Не требуется[<\*\*>](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_ Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)

 М.П.

(при наличии)

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

\*\* Нужное указать.

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»)

**Перечень**

**заявляемых работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**

Общество с ограниченной ответственностью «МИР»

(наименование соискателя лицензии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности  | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | **153000, Ивановская область,** **г. Иваново, ул. Первая, д. 1** | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:лабораторной диагностике;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:клинической лабораторной диагностикеорганизации здравоохранения и общественному здоровью. |
| 2. | **153000, Ивановская область,** **г. Иваново, ул. Вторая, д. 2,** **пом. 1006** | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскому делу;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии;организации здравоохранения и общественному здоровью. |

 Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_ Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)

 М.П.

(при наличии)

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»)

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Общество с ограниченной ответственностью «МИР»** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

представил в Департамент здравоохранения Ивановской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1. | Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  | 4 |
|  2. | Копии документов, подтверждающих 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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)  |  |
| 3. | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | 6 |
| 4. | Копии документов (сведения), подтверждающие наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность\* | 2 |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет;у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы», стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;у индивидуального предпринимателя – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь – среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет – при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет – при наличии среднего медицинского образования  | 15 |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное, необходимого для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)  | 20 |
| 7. | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | 8 |
| 8. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности  | 5 |
| 9. | Доверенность  | - |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| соискатель лицензии / уполномоченныйпредставитель соискателя лицензии: | должностное лицо Департамента здравоохранения Ивановской области |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов И.И., директор\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О., должность, подпись) | (Ф.И.О., должность, подпись) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (реквизиты доверенности) | Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. |  |
|  | М.П. |

\* Соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении.

Приложение № 3 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»)

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

\*)- информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности, а также с учетом требований приказов Минздравсоцразвития России и Минздрава России, утверждающих Порядки оказания медицинской помощи по конкретным видам работ (услуг).

**Общество с ограниченной ответственностью «МИР» 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов). | Сведения о документах, подтверждающих законность использования указанных медицинских изделий (с указанием: наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления). | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия.) | Сведения, подтверждающие наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.(дата и номер договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники). |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскому делу; | Облучатель-рециркулятор бактерицидный настенный для обеззараживания воздуха ОБН-Р-2х15-"Агама"Емкости-контейнеры полимерные для химической дезинфекции, стерилизации и предстерилизационной обработки медицинских изделий ЕДПО-С, вариант исполнения: - ЕДПО-1С (с рабочим объемом 1 л) | Выписка из балансовой ведомости по состоянию на 01.12.2020П. 1Выписка из забалансовой ведомости по состоянию на 01.12.2020П. 1 | ФС 022а2004/1475-05от 29.03.2005до 29.03.2014РЗН 2016/3585 от 21.08.2019, бессрочно | Договор на техническое обслуживание медицинской техники б/н от 15.09.2020 с ООО «Ремонт». Лицензия № ФС-99-04-000000 от 01.01.2020.П. 4 |
| при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии; | Молоток неврологический для исследования сухожильных рефлексов МН-"М-МИЗ" | Договор аренды медицинского оборудования № 2 от 01.12.2020П. 2 | ФСР 2009/06065 от 10.11.2009, не ограничен |  |
| организации здравоохранения и общественному здоровью. | Мебель для персонала и пациента с принадлежностямиI. Мебель для персонала и пациента: 1. Набор медицинской мебели для кабинета Prestige: - Тумба медицинская; - Шкаф настенный 1-дверный.  | Товарная накладная № 125 от 01.01.2020 | РЗН 2013/805 от 04.07.2013, бессрочно |  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович, директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

\* 1) Обязательно указываются сведения о государственной регистрации медицинских изделий, начиная с 2000 года выпуска. При отсутствии государственной регистрации использовать медицинское изделие для выполнения заявленных работ (услуг) не разрешается.

2) Сведения о государственной регистрации медицинских изделий должны соответствовать данным Реестра изделий медицинского назначения отечественного и зарубежного производства, размещенного по адресу: <http://www.roszdravnadzor.ru/registration/mi/search/>

3) Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в Реестре, а также полностью совпадать в документе, подтверждающем право собственности (иное законное основание) на используемое оборудование (инвентаризационная опись и пр.).

Приложение № 4 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»)

**СВЕДЕНИЯ**

**о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников,**

**имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста**

**Общество с ограниченной ответственностью «МИР» 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды работ (услуг)  | ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры | Реквизиты документов об образовании |
| Диплом об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность) | Послевузовское (дополнительное) образование(наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, специальность, № документа) | Повышение квалификации, сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации, тематическое усовершенствование(усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, дата, количество часов; сертификат – № документа, дата выдачи, специальность). |
| При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскому делу; | Петрова Ирина ВикторовнаИванова Ирина Викторовна  | ОГБПОУ «Курский медицинский колледж»Год окончания 2015Диплом СПО 57 240205Специальность сестринское дело ФГОУ СПО «Курский медицинский колледж» РосздраваГод окончания 2015Диплом СПО 57 240205Специальность Медицинский массаж | Диплом о профессиональной переподготовке ПП № 000009 от 28.12.2015г. Профессиональная переподготовка на ФДПО ИПО ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России с 01.10.2015г. по 28.12.2015г. по программе переподготовки «Сестринское дело» в объеме 288 часов. | Удостоверение о повышении квалификации 57020600000 от 30.07.2020Повышение квалификации в ОГБПОУ «Курский медицинский колледж» с 01.07.2020 по 30.07.2020 по программе «Сестринское дело» в объеме 144 часа.Сертификат специалиста 013724000000 от 30.07.2020 по специальности Сестринское дело, действителен в течение 5 лет.Удостоверение о повышении квалификации 57020600000 от 30.07.2020Повышение квалификации в ОГБПОУ «Курский медицинский колледж» с 01.07.2020 по 30.07.2020 по программе «Сестринское дело» в объеме 144 часа.Сертификат специалиста 013724000000 от 30.07.2020 по специальности Сестринское дело, действителен в течение 5 лет. |
| при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии; | Петрова Ирина Сергеевна | ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РоссииГод окончания 2018Диплом специалиста 103024 0600000Специальность 060101 Лечебное дело |  | Свидетельство об аккредитации специалиста 372400000009 от 2018г.Первичная аккредитация по специальности Неврология.Протокол заседания аккредитационной комиссии: № 10 от 06.07.2018.Место проведения аккредитации специалиста: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РоссииРешение аккредитационной комиссии действительно до: 06.07.2023. |
| неврологии; | Иванова Ирина Михайловна | ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития РоссииГод окончания 2014Диплом специалиста 103024 0600000Специальность 060101 Лечебное дело | Диплом об окончании ординатуры 103024 0600001 от 31.08.2016Ординатура в ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России по специальности неврология. | Сертификат специалиста 013724000000 от 31.08.2016 по специальности Неврология, действителен в течение 5 лет. |
| организации здравоохранения и общественному здоровью. | Петрова Ирина Михайловна | ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава РоссииГод окончания 2004 Диплом ИВС 0200004Специальность Лечебное дело | Удостоверение регистрационный № 005 от 31.08.2006г.Клиническая ординатура при ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава с 01.09.2004г. по 31.08.2006г. по специальности терапия. Диплом о профессиональной переподготовке ПП № 000009 от 18.07.2014г. Профессиональная переподготовка в ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России с 01.03.2014г. по 18.07.2014г. по программе переподготовки «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в объеме 504 часа. | Удостоверение о повышении квалификации 37240000055 от 16.06.2019. Повышение квалификации на ФДПО ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России с 12.05.2019 по 16.06.2019 по дополнительной профессиональной программе «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в объеме 144 часа.Сертификат специалиста 013724000000 от 16.06.2019 по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», действителен в течение 5 лет. |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович, директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)