

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
от 2 мая 2012 г. N 515

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ МИНИСТЕРСТВОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

В целях исполнения Министерством здравоохранения Московской области требований Федерального закона Российской Федерации от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" при предоставлении государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности на территории Московской области приказываю:

1. Утвердить указанные в приложениях к настоящему приказу формы заявлений и описей, используемых соискателями лицензий и лицензиатами при лицензировании медицинской деятельности:

1.1. Заявление (с приложением) о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (приложение N 1).

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, и (или) в связи с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг, в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (приложение N 2).

1.3. Опись документов, поданных соискателем лицензии на предоставление лицензии на медицинскую деятельность (приложение N 3).

1.4. Опись документов, поданных лицензиатом на переоформление лицензии на медицинскую деятельность, в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, и (или) в связи с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг, в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (приложение N 4).

2. Признать утратившими силу следующие нормативные правовые акты Минздрава Московской области:

2.1. Пункты 1.1; 1.2; 1.5 приказа Минздрава Московской области от 30.12.2011 N 1164 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Московской области при предоставлении государственной услуги по лицензированию медицинской".

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. министра здравоохранения
Правительства Московской области
К.Б. Герцев

Приложение N 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Московской области
от 2 мая 2012 г. N 515

Регистрационный номер: _____ дата "___" _____ 20__ г.
(заполняется
лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

От _____

(указать наименование
юридического лица, ФИО
Индивидуального предпринимателя)

(ФИО руководителя юридического
лица или лица, уполномоченного
действовать от имени указанного
юридического лица)

ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)
о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

Прошу предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности

N	Сведения о соискателе лицензии	Сведения, изложенные в документах
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество 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	Почтовый адрес юридического лица (с указанием почтового индекса)	
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя)	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) Бланк: серия _____ N _____ Дата государственной регистрации _____
8	Наименование и адрес места нахождения органа,	_____ (наименование регистрирующего органа)

	осуществившего государственную регистрацию	Адрес _____ _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Бланк: серия _____ N _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа и его код _____
11	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности	
12	Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить приложение N 1)	См. приложение N 1
13	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы (Свидетельства о государственной регистрации права собственности соискателя лицензии, права оперативного управления и др. с указанием номера бланка, даты выдачи и даты государственной регистрации права)	1. _____ _____ _____
14	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Регистрационный номер _____ _____ Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
15	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (заполнить приложение N 2)	См. приложение N 2

16	Контактный телефон/факс соискателя лицензии			
17	Адрес электронной почты соискателя лицензии (при наличии)			
18	Уведомление о принятом лицензирующим органом решении прошу выдать или направить (отметить соответствующий раздел)	Выдать лично	Направить почтой	Направить в форме электронного документа
19	Документ, подтверждающий наличие лицензии, прошу оформить на (отметить соответствующий раздел)	На бумажном носителе		В форме электронного документа
		Выдать лично	Заказным почтовым отправлением	

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(ФИО, должность руководителя юридического лица или ФИО индивидуального
предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица
(индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего
полномочия)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.

*Лицензиат прилагает к заявлению платежный документ, подтверждающий оплату государственной пошлины в размере 2600 рублей в соответствии со статьей 333.33 Налогового кодекса (часть вторая).

Приложение N 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
заявляемых работ (услуг) для осуществления
медицинской деятельности

наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя

Адрес места осуществления медицинской деятельности: _____

(указывается для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

N п/п	Работы (услуги)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.

Приложение N 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения соискателем лицензии
заявленных работ (услуг)

(наименование юридического лица и адрес места
осуществления деятельности)

Сведения о медицинских изделиях	Год выпуска	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (реквизиты регистрационных удостоверений МЗ РФ (Росздравнадзора))

"__" _____ г.

(печать и подпись руководителя
учреждения или ИП)

М.П.

Приложение N 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Московской области
от 2 мая 2012 г. N 515

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

Регистрационный номер: _____ от "__" _____ 20__ г.

(заполняется
лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

От _____
(указать наименование
юридического лица, ФИО
Индивидуального предпринимателя)

(ФИО руководителя юридического
лица или лица, уполномоченного
действовать от имени указанного
юридического лица)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Прошу переоформить лицензию(и) на осуществление медицинской
деятельности N _____, выданную(ые)

на срок с _____ по _____ или бессрочно
в связи:

_____ - с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность
по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии;

_____ - с намерением лицензиата внести изменения, связанные с
выполнением новых работ, оказанием новых услуг, в указанный в лицензии
перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый
вид деятельности.

N	Перечень запрашиваемых сведений	Информация о лицензиате на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4	Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	

7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя)	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) Бланк: серия _____ N _____ Дата государственной регистрации _____
9	Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	_____ (наименование регистрирующего органа) Адрес _____ _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика	
	Вносимые изменения	
11	Новые адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов) с указанием видов работ (услуг), заявляемых на лицензирование (заполнить приложение N 1)	См. приложение N 1
12	Новые виды работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить приложение N 2)	См. приложение N 1
13	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы (Свидетельство о государственной регистрации права собственности лицензиата, оперативного управления и др. с указанием номера бланка, даты выдачи и даты государственной регистрации права)	1. _____ _____ _____
14	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата на праве	

	<p>собственности либо на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)</p> <p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)</p> <p>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 (заполнить приложение N 3)</p>			
15.1	<p>Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке (заполнить колонки N 1, 2, 3 приложения N 3)</p>			
15.2	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (заполнить колонку N 4 приложения N 3)</p>			
15.3	<p>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 (заполнить колонку N 5 приложения N 3)</p>			
16	<p>Сведения, подтверждающие наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявляемых работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (заполнить приложение N 4)</p>			
17	<p>Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)</p>	<p>Регистрационный номер _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ N _____</p>		
18	<p>Контактный телефон/факс лицензиата</p>			
19	<p>Адрес электронной почты лицензиата (при наличии)</p>			
20	<p>Уведомление о принятом лицензирующим органом решении прошу выдать или направить (отметить соответствующий раздел)</p>	<p>Выдать лично</p>	<p>Направить почтой</p>	<p>Направить в форме электронного документа</p>
21	<p>Документ, подтверждающий</p>	<p>На бумажном носителе</p>	<p>В форме</p>	

	наличие лицензии, прошу оформить на (отметить соответствующий раздел)			электронного документа
		Выдать лично	Заказным почтовым отправлением	

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица _____

(ФИО, должность руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности _____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____

(ФИО, подпись)

М.П.

*Лицензиат прилагает к заявлению платежный документ, подтверждающий оплату государственной пошлины в размере 2600 рублей в соответствии со статьей 333.33 Налогового кодекса (часть вторая).

Приложение N 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

**ПЕРЕЧЕНЬ
новых адресов мест осуществления
медицинской деятельности <*>**

<*> Информация указывается по каждому территориальному обособленному объекту отдельно.

наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя

Новый адрес места осуществления медицинской деятельности, не указанный в лицензии, на котором планируется осуществление медицинской деятельности: _____

Перечень планируемых к выполнению видов работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности: _____

N п/п	Работы (услуги)

--	--

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____

(ФИО, подпись)

М.П.

Приложение N 2
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ

новых работ, оказываемых услуг, которые лицензиат
намерен выполнять при осуществлении медицинской
деятельности по имеющемуся в лицензии адресу объекта:

наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

Адрес (а) мест осуществления медицинской деятельности, указанный (ые) в
лицензии: _____

(указываются для каждого территориально обособленного

объекта отдельно)

Перечень выполняемых видов работ (услуг), отсутствующих в лицензии и
планируемых выполнять по вышеуказанному адресу осуществления медицинской
деятельности:

N п/п	Новые работы (услуги)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____

(ФИО, подпись)

М.П.

Приложение N 3
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудования,
аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявляемых работ (услуг)

(наименование юридического лица и адрес места
осуществления деятельности)

Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Год выпуска	Сведения о документе, подтверждающем законность его использования (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.)	Сведения о регистрационных удостоверениях (номер, дата регистрации, срок 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 договора, наименование организации, проводившей тех. обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники)
1	2	3	4	5

" ____ " _____ г.

(печать и подпись руководителя
учреждения или ИП)

Приложение N 4
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о квалификации работников юридического
лица/индивидуального предпринимателя в соответствии
с заявляемыми работами и услугами

(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 (наименование учебного заведения, год окончания, N документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, N документа, специальность; усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат - дата выдачи, специальность)		
		Диплом об образовании	Послевузовское (дополнительное) образование	Повышение квалификации, сертификат специалиста, тематическое усовершенствование

(печать и подпись руководителя
учреждения или ИП)

(подпись руководителя отдела кадров)

" ___ " _____ г.

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица; фамилия, имя
и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя)

в лице представителя соискателя лицензии _____
представил, а лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Московской
области принял от соискателя лицензии "_____" _____ 20____ г.
за N _____ нижеследующие документы для предоставления
лицензии на осуществление медицинской деятельности

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых видов работ (услуг)		
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке		
3.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии		
4.	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), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
5.	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)		

6.	<p>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"; 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); 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. Копии документов, подтверждающих наличие стажа работы по специальности: не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования; не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования</p>		
7.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие 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 (для специалистов с медицинским образованием)</p>		
8.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии 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</p>		

9.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя		
----	---	--	--

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

(ФИО, подпись)

(ФИО, должность, подпись)

М.П. заявителя

М.П. лицензирующего органа

Приложение N 4
к приказу
Министерства здравоохранения
Московской области
от 2 мая 2012 г. N 515

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

в лице представителя лицензиата _____ представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Московской области принял от лицензиата " _____ " _____ 20__ г. за N _____ нижеследующие документы переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, и (или) в связи с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг, в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых видов работ (услуг)		
3.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии		
4.	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		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		

7.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)		
8.	Копии документов, подтверждающих 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		
9.	Оригинал(ы) лицензии(й)		
10.	Доверенность на лицо, представляющее документы на переоформление лицензии от имени заявителя		

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

(ФИО, подпись)

(ФИО, должность, подпись)

М.П. заявителя

М.П. лицензирующего органа