

## **Инструкция по оформлению заявки на получение государственной услуги «Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в связи с намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии»**

(при одновременном переоформлении лицензии в связи с намерением выполнять новые работы (услуги), не указанные в лицензии воспользуйтесь также **Инструкцией по оформлению заявки на получение государственной услуги «Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, ранее не указанные в лицензии»**)

### **Где находится услуга?**

- Зайдите на сайт [mos.ru](http://mos.ru) в раздел «Услуги»;
- Выберите подраздел «Бизнес», далее «Лицензирование»;
- Перейдите в «Лицензирование медицинской деятельности» и далее в услугу «Переоформление лицензии на медицинскую деятельность при намерении заявителя осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо намерении заявителя выполнять новые работы (услуги), ранее не указанные в лицензии».

### **Кто может получить услугу?**

- Юридические лица;
- Индивидуальные предприниматели.

### **Какие нужны документы?**

- 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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях);

- 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);

Копии документов, подтверждающих наличие 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 у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование, соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);

- Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификацию, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

- Опись прилагаемых документов;

- Оригинал лицензии.

### **Обратите внимание!**

**Заявление о предоставлении государственной услуги может быть направлено только один раз.**

**Внести изменения и правки в заявление после его направления в лицензирующий орган НЕВОЗМОЖНО!**

**При заполнении заявления в электронном виде не забывайте периодически сохранять его как черновик.**

Для подачи заявления в электронном виде понадобится ЭП. Необходимо предварительно настроить криптографическое ПО в соответствии с инструкцией: [https://www.mos.ru/pgu/common/legal\\_new.pdf](https://www.mos.ru/pgu/common/legal_new.pdf)

## Какой срок оказания услуги?

28 рабочих дней

## Как подать заявление?

Подача заявления в электронном виде осуществляется в четыре шага:

### Шаг 1. Выбор услуги

I. Выберите цель обращения - **«Переоформление лицензии»**.

II. Выберите услугу - **«Намерение лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии»**.

III. Нажмите **«Продолжить»**.

### Шаг 2. Основные сведения

#### **Блок «Сведения о заявителе»**

Поля блока «Сведения о заявителе» заполняются автоматически из Личного кабинета и недоступны для редактирования. При отсутствии информации в Личном кабинете поля необходимо заполнить вручную.

I. Укажите информацию о юридическом лице:

- Полное наименование\*;
- Сокращенное наименование\*;
- Фирменное наименование (при наличии);
- Организационно-правовая форма\*;
- ИНН\* - идентификационный номер налогоплательщика (не менее

10 цифр);

- ОГРН\* - основной государственный регистрационный номер (не менее 13 цифр);

- КПП\* - код причины постановки на учет (не менее 9 цифр);

- Адрес официального сайта (при наличии);

- Контактный телефон\*;

- Адрес электронной почты (при наличии).

II. Выберите из предложенных вариантов значение в поле **«Вы являетесь»**:

- первым лицом организации, действующем на основании уставных документов);

- уполномоченным на подачу заявлений сотрудником организации, действующем на основании доверенности(-ей). В этом случае прикрепите скан-копию доверенности, на основании которой действуете, нажав кнопку **«Прикрепить файл»** и загрузив требуемый документ.

Если заявителем является индивидуальный предприниматель, поля блока «Сведения о заявителе» заполняются автоматически из Личного кабинета и недоступны для редактирования. При отсутствии информации в Личном кабинете поля необходимо заполнить вручную.

### ***Блок «Сведения о документе, удостоверяющем личность»***

Блок доступен **только для индивидуальных предпринимателей.**

Необходимо указать значения для следующих полей:

- Серия паспорта\*;
- Номер паспорта\*;
- Когда выдан\*;
- Кем выдан\*;
- Код подразделения\*.

### ***Блок «Местонахождение юридического лица»***

I. Выберите адрес местонахождения юридического лица из Классификатора адресов Российской Федерации (КЛАДР) (далее-справочник).

II. Выберите из справочника:

- Регион;
- Поселение;
- Город - населенный пункт;
- Улица;
- Дом/владение/корпус/строение \*;
- Квартира/офис;
- Почтовый индекс.

В случае отсутствия в справочнике сведений о нужном адресе, отметьте «Данных нет в КЛАДР» и заполните сведения об адресе вручную.

### **Шаг 3. Сведения о территориально-обособленных объектах**

#### ***Блок «Сведения о работах (услугах)»***

##### **Территориально-обособленный объект №1**

#### ***Блок: «Цели предоставления сведений о территориально-обособленном объекте»***

Отметьте цель предоставления сведений о территориально-обособленном объекте – **«В связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность на новом территориально-обособленном объекте, не указанном в лицензии»**

Укажите сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен осуществлять на существующем территориально-обособленном объекте, ранее указанном в лицензии:

- Вид медицинской помощи\* (выбирается из списка)
- Условия оказания медицинской помощи\*(выбирается из списка)
- Работы/услуги\* -выбирается из списка

При наличии нескольких работ/услуг нажать кнопку «Добавить вид медицинской помощи» и заполнить столько работ/услуг, сколько предполагается заявить.

#### ***Блок «Адрес территориально-обособленного объекта»***

Указывается новый адрес объекта, ранее не указанный в лицензии, на котором лицензиат намерен осуществлять медицинскую деятельность.

В блоке «Адрес территориально-обособленного объекта» адрес необходимо выбрать из Классификатора адресов Российской Федерации (КЛАДР).

Укажите данные:

- Улица\* (из списка);
- Дом /владение/корпус/строение\*;
- Квартира/офис;
- Округ\*
- Район\*
- Почтовый индекс\*;
- Тип помещения\*.

В случае отсутствия в списке сведений о нужном адресе выберите «Данных нет в КЛАДР» и заполните сведения вручную.

**Блок «Сведения о правах на здания, строения, сооружения и (или) помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».**

Укажите значения для следующих полей:

- Тип номера (кадастровый или условный номер)\*.

**Указание кадастрового или условного номера объекта права обязательно!** Узнать кадастровый и условный номера (по адресу объекта) можно на официальном сайте Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии (Росреестр).

- Статус здания / строения / сооружения / помещения\*.
  - В собственности заявителя;
  - Находится в аренде/ пользовании у города Москвы;
  - Находится в аренде/ пользовании у иных лиц.

**Указание статуса обязательно!**

*При выборе статуса – «в собственности заявителя», в разделе «Права на здание/строение/сооружение/помещение зарегистрированы в Росреестре»\* выберите значение «Да» или «Нет».*

В случае выбора значения «Да» необходимо указать:

- дату заключения договора аренды, субаренды, безвозмездного пользования и т.д. \* (с помощью интерактивного календаря)
- номер договора аренды субаренды, безвозмездного пользования и т.д.\*

В случае выбора значения «Нет», прикрепите скан-копии правоустанавливающих документов, подтверждающих наличие у заявителя принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг). Документы прикрепляются в одном файле. Формат файла: PDF, ZIP. Максимальный объем: 85 Мб.

*При выборе статуса – «находится в аренде/ пользовании у города Москвы» укажите:*

В случае выбора значения «Да»:

- Дату заключения договора аренды, субаренды, безвозмездного пользования и т.д. \* (с помощью интерактивного календаря). Номер договора аренды субаренды, безвозмездного пользования и т.д.\*.

*В случае выбора значения «Нет» необходимо прикрепить скан -копии правоустанавливающих документов, подтверждающих наличие у заявителя*

*принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг). Документы прикрепляются в одном файле. Формат файла: PDF, ZIP. Максимальный объем: 85 Мб.*

При выборе статуса – «находится в аренде/пользовании у иных лиц», в разделе «Права на здание/строение/сооружение/помещение зарегистрированы в Росреестре»\* выберите значение «Да» или «Нет».

• Дату заключения договора аренды, субаренды, безвозмездного пользования и т.д. \* (с помощью интерактивного календаря).

• Номер договора аренды субаренды, безвозмездного пользования и т.д.\*.

В случае выбора значения «Нет», прикрепите скан-копии правоустанавливающих документов, подтверждающих наличие у заявителя принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг). Документы прикрепляются в одном файле. Формат файла: PDF, ZIP. Максимальный объем: 85 Мб.

### ***Блок «Сведения о санитарно-эпидемиологическом заключении»***

Укажите значения для следующих полей:

• Наименование организации, выдавшей заключение\*.

В городе Москве - Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве.

• Номер\* заключения (указан в верхней центральной части заключения);

• Дату\* заключения (с помощью интерактивного календаря);

• Номер бланка\* заключения (указан в центральной нижней части заключения).

### ***Блок «Сведения о медицинских изделиях (оборудовании, аппаратах, приборах, инструментах), необходимых для выполнения заявленных работ, их государственной регистрации и правах на эти изделия»***

I. Скачайте шаблон документа в формате Excel для заполнения сведениями обо всех имеющихся медицинских изделиях, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг).

II. Укажите в шаблоне:

• Наименование медицинского изделия\*;

• Номер регистрационного удостоверения медицинского изделия\*;

• Дату выдачи регистрационного удостоверения\*;

• Срок действия регистрационного удостоверения\*.

В шаблоне указываются сведения, предусмотренные разделами таблицы (дополнительные графы не добавляются).

Вся вышеуказанная информация содержится в регистрационном удостоверении, которое можно найти в Государственном реестре, размещенном на официальном сайте Росздравнадзора <http://www.roszdravnadzor.ru> в разделе «Медицинские изделия».

III. Прикрепите заполненный шаблон в формате Microsoft Excel, формат файла: XLS, XLSX, максимальный объем 85 Мб.

I. IV. Прикрепите, объединив в один файл, скан-копии документов, подтверждающих права на медицинские изделия.

Документы, подтверждающие права на медицинские изделия: оборотная ведомость, оборотно-сальдовая ведомость, инвентарная книга, выписка из инвентарной книги и т.д.

#### ***Блок «Сведения о документах, подтверждающих наличие образования»***

I. Укажите сведения о работниках, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), профессиональное образование и сертификаты специалиста:

- Фамилия\* работника;
- Имя\* работника;
- Отчество работника (при наличии);
- Должность\* работника (выбирается из справочника)

В случае отсутствия должности в справочнике выберите «Иное» и введите наименование должности вручную.

II. Прикрепите, объединив в один файл, скан-копии всех имеющихся документов работника, подтверждающих наличие основного и дополнительного образования, а также специализации, в том числе сертификата специалиста.

*При выборе должности работника* (должность работника выбирается из справочника) прикрепите скан-копии документов работника, подтверждающих наличие медицинского образования:

К указанным документам о медицинском образовании относятся:

- Диплом о высшем или среднем медицинском образовании;
- Удостоверение об окончании интернатуры или ординатуры;
- Диплом о профессиональной переподготовке;
- Удостоверение (свидетельство) о повышении квалификации;
- Сертификат специалиста.



Скан-копии всех документов объединяются в одном файле на каждого работника. Количество файлов должно соответствовать количеству работников.

Для внесения сведений о каждом новом сотруднике выберите «Добавить данные о сотруднике» и продолжите ввод данных и прикрепление скан-копий документов как описано выше.

***Блок «Сведения о документах, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности»***

В поле «Техническое обслуживание медицинских изделий осуществляет» выберите одно из двух значений:

- Работник организации;
- Организация, имеющая лицензию.

*При выборе «Работник организации» заполните:*

***Блок «Сведения о работниках, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий»***

I. Заполните сведения:

- Фамилия\*;
- Имя\*;
- Отчество (при наличии);
- Должность\* (работник с высшим образованием – инженер, работник со средним профессиональным образованием - техник);

II. Прикрепите, объединив в один файл, скан-копии документов работника, подтверждающие наличие у него необходимого профессионального образования и (или) квалификации.

*При выборе «Организация, имеющая лицензию» заполните:*

***Блок «Сведения об организации, осуществляющей техническое обслуживание медицинских изделий»***

I. Заполните сведения:

- Полное наименование организации\*;
- ОГРН\*;
- Номер лицензии на техническое обслуживание\*.

II. Прикрепите, объединив в один файл, скан-копию договора на техническое обслуживание медицинских изделий со всеми приложениями, включая перечень медицинских изделий, подлежащих техническому обслуживанию.

**При необходимости, добавьте сведения об осуществлении технического обслуживания медицинских изделий, нажав на соответствующее поле.**

При наличии нескольких новых территориально-обособленных объектов (новых адресов) после внесения сведений о Территориально-обособленном объекте № 1 после заполнения блока «Сведения о документах, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности» и перед тем, как приступить к Шагу 4. «Дополнительные сведения» выбрать «Добавить территориально-обособленный объект» и продолжить ввод данных о новых адресах как описано выше.

III. Нажмите **«Продолжить»**.

#### **Шаг 4. Дополнительные сведения**

##### ***Блок «Сведения о ранее выданной лицензии»***

Укажите значения для следующих полей:

- Наименование лицензирующего органа\* (заполняется вручную);
- Номер лицензии\* (заполняется вручную);
- Дата регистрации \* (с помощью интерактивного календаря).

##### ***Блок «Сведения об уплате государственной пошлины»***

Укажите значения для следующих полей:

- Номер платежного поручения\* (заполняется вручную);
- Дата платежного поручения\* (дата оплаты государственной пошлины);
- Сумма платежа\* 3 500 руб.;
- Назначение платежа\* - «За переоформление лицензии на медицинскую деятельность».

Все указанные данные содержатся в платежном поручении об оплате государственной пошлины

##### ***Блок «Способ получения результата предоставления услуги (лицензии)»***

Выберите одно из предложенных значений в поле «Форма получения результата оказания услуги»:

- В бумажном виде при посещении Департамента;

• Направить в бумажном виде заказным почтовым отправлением с вручением уведомления.

### **Блок «Необходимые документы»**

Прикрепите опись прикладываемых к заявлению документов.

Форма описи размещена на сайте Департамента здравоохранения города Москвы [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru) во вкладке «Департамент», в разделе «Государственные услуги», в подразделах «Лицензирование в сфере здравоохранения», «Лицензирование медицинской деятельности» в качестве приложения 3 к заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность.

### **Блок «Согласие с условиями»**

Поставьте отметку о согласии с условиями предоставления услуги в пункте:

«Ознакомлен(а) с тем, что в течение трех рабочих дней со дня регистрации моего заявления Департаментом здравоохранения города Москвы может быть направлено мне в Личный кабинет уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений в части доукомплектования пакета документов.

**ВАЖНО! В течение 30 дней с момента направления уведомления у заявителя есть право устранить недостатки, указанные в уведомлении.**

## **Шаг 5. Просмотр и подписание заявления**

I. Проверьте заполненные поля и прикрепленные скан-копии документов (файлы).

II. Подпишите прикладываемые к заявке документы и заявку в целом, нажав на кнопку «**Подписать все**»\*\*.

\*\*Предварительно должен быть установлен плагин КриптоПро. Инструкция по настройке криптографического ПО размещена по адресу: [https://www.mos.ru/pgu/common/legal\\_new.pdf](https://www.mos.ru/pgu/common/legal_new.pdf)

### **Примечания:**

\*- Поля, отмеченные звездочкой (\*), обязательны для заполнения.

\*\* - ссылка на установку дополнительного ПО.

Статус поданного заявления можно просмотреть в Личном кабинете.

### **Обратите внимание!**

**Перед тем как нажать «подписать» и «отправить» внимательно проверьте заполненные поля и прикрепленные документы!**

**Заявление о предоставлении государственной услуги может быть направлено ТОЛЬКО ОДИН РАЗ.**

**Внести изменения и правки в заявление после его направления в лицензирующий орган НЕВОЗМОЖНО!**

**Досыл документов:**

**После получения уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений, в течение 30 календарных дней вы имеете возможность ТОЛЬКО ОДИН РАЗ прикрепить и направить через «Личный кабинет» ВСЕ недостающие документы в виде скан-копий.**

**Оригинал Лицензии:**

**В течение 30 календарных дней после получения уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений необходимо представить в Департамент здравоохранения города Москвы адресу: Москва, пл. Журавлева, д. 12**