Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ**

**к заявлениям о выдаче, переоформлении, выдаче копии и дубликата лицензии**

**на медицинскую деятельность**

**(нужное подчеркнуть)**

К заявлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (номер)

|  |
| --- |
| Полное наименование юридического лица, филиала юридического лица-нерезидента/Ф.И.О. физического лица - предпринимателя |
|  |
| Сокращенное наименование юридического лица (при наличии) |
|  |
| Идентификационный код юридического лица:  |
| Идентификационный номер физического лица – предпринимателя: |
|  |
| О выдаче, переоформлении, предоставлении копии и дубликата лицензии прилагаются следующие документы: |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Количество экземпляров |
| 1 | Документы, подтверждающие полномочия представителя соискателя лицензии (лицензиата), оформленные в соответствии с законодательством Донецкой Народной Республики (при предоставлении документов уполномоченным представителем)  |  |  |
| 2 | Копия свидетельства о государственной регистрации соискателя лицензии (лицензиата) |  |  |
| 3 | Копия справки о включении юридического лица, обособленного подразделения юридического лица, физического лица-предпринимателя в Реестр статистических единиц |  |  |
| 4 | Копия выписки из Единого государственного реестра юридических лиц и физических лиц-предпринимателей Донецкой Народной Республики |  |  |
| 5 | Копии ранее выданных лицензий с приложениями (при наличии) |  |  |
| 6 | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание соискателя лицензии (лицензиата) на использование зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности |  |  |
| 7 | Копии документов об образовании (последипломном, профессиональном, повышении квалификации), и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица, филиала юридического лица-нерезидента (его заместителя) или физического лица-предпринимателя, должностных инструкций |  |  |
| 8 | Сведения об образовательном, профессиональном и квалификационном уровне работников, состоящих в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлекаемых им на законном основании для осуществления медицинской деятельности по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики. В случае организации соискателем лицензии (лицензиатом) нескольких структурных подразделений, указанные сведения предъявляются субъектом хозяйствования по каждому структурному подразделению (филиалу) |  |  |
| 9 | Сведения об оборудовании, находящемся в эксплуатации соискателя лицензии (лицензиата) для осуществления медицинской деятельности по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики |  |  |
| 10 | Копия Устава (при наличии) или Положения об учреждении здравоохранения и структурных подразделениях (при наличии), Правил внутреннего трудового распорядка физического лица-предпринимателя  |  |  |
| 11 | Копия штатного расписания юридического лица, филиала юридического лица – нерезидента; трудовых договоров, заключенных между работниками и физическими лицами-предпринимателями, использующими наемный труд, зарегистрированных в территориальных органах Республиканского центра занятости Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республики |  |  |
| 12 | Копии документов, регламентирующих обеспечение контроля качества медицинской деятельности  |  |  |
| 13 | Копии документов, подтверждающих назначение ответственных лиц по охране труда, прохождение ими обучения и проверки знаний правил эксплуатации электроустановок, выполнения работ повышенной опасности (при наличии) и пожарной безопасности |  |  |
| 14 | Копия выданного в установленном порядке заключения государственной санитарно-эпидемиологической службы о соответствии учреждения здравоохранения (места осуществления деятельности) требованиям санитарного законодательства в соответствии с указанными работами (услугами), которые составляют медицинскую деятельность |  |  |
| 15 | Опись документов, предоставленных в орган лицензирования по форме установленной Министерством финансов Донецкой Народной Республики |  |  |
|  | Перечень заявляемых работ (услуг), в соответствии с Перечнем работ (услуг), которые составляют медицинскую деятельность, утвержденным Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (должность) (Ф.И.О.) (подпись)

**Принял по описи:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(*дата и номер регистрации заявления) (подпись ответственного лица) (Ф.И.О.)

**Копию описи получил:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (Ф.И.О.) (подпись)

**Отметка об оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(документ, дата и номер)