## 1.1 Общее описание содержания заявок на добавление организаций в ФРМО

Заявка на добавление организации в ФРМО представляет собой таблицу установленного образца. В первом столбце таблицы «*Наименование поля*» указываются сведения, которые необходимо предоставить для добавления организации в Подсистему. Во втором столбце таблицы «*Описание*» указывается информация о добавляемой организации. Заполнение всех строк в данном столбце является обязательным. Для выбора значения в полях с выпадающим списком необходимо нажать на пункт «*Выберите элемент*», раскрыть список нажатием на кнопку «▼» (стрелка вниз) и выбрать необходимое значение*.* Третий столбец таблицы «*Вид, способ ввода*» носит справочный характер, содержит комментарии для заполнения полей формы и может быть удален.

Заявка подписывается руководителем организации (лицом, его замещающим)/ИП либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной
в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. На заявке должен быть проставлен оттиск печати организации/ИП (при наличии печати у организации/ИП).
Если в соответствии с Уставом организация отказалась от использования печати или если ИП осуществляет деятельность без печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «*Печать не предусмотрена*» (допускается рукописный текст). Оттиск печати необходимо ставить так, чтобы подпись уполномоченного лица и вся информация на оттиске печати были четко видны. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе
с заявкой, а проставление на заявке оттиска печати является необязательным.

При направлении заявки на добавление организации в Подсистему соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности обязательным приложением
к ней является сканированная копия проекта заявления о предоставлении лицензии, направляемого или представляемого в лицензирующий орган в соответствии с частью 1
статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». Проект заявления о предоставлении лицензии направляется без приложений, требуемых в соответствии с пунктом 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденного Постановлением Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

Проект заявления о предоставлении лицензии заверяется руководителем организации (лицом, его замещающим)/ИП либо уполномоченным лицом, действующим
на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. Подлинность подписи уполномоченного лица на проекте заявления о предоставлении лицензии заверяется оттиском печати организации/ИП (при наличии печати у организации/ИП). Если в соответствии с Уставом организация отказалась
от использования печати или если ИП осуществляет деятельность без печати, в заявке
на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «*Печать не предусмотрена*» (допускается рукописный текст). Оттиск печати необходимо ставить так, чтобы подпись уполномоченного лица и вся информация на оттиске печати были четко видны. В случае, если проект заявления о предоставлении лицензии заверен лицом
на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе
с заявкой на добавление организации в ФРМО, а проставление оттиска печати является необязательным.

Заявка на добавление организации в ФРМО является приложением к обращению пользователя в СТП ЕГИСЗ, направляемому по электронной почте egisz@stp-egisz.ru
или через сайт Центра поддержки ЕГИСЗ <https://support.egisz.rosminzdrav.ru/>

Рекомендуемый текст обращения:

«Прошу добавить в Федеральный реестр медицинских организаций *{Сокращенное наименование организации}.*

Приложение:

* + - 1. Сканированная копия заявки в формате файла PDF или JPG;
			2. Заявка в формате файла Microsoft Word или Excel (редактируемая);
			3. Сканированная копия проекта заявления о предоставлении лицензии
			в формате файла PDF или JPG (без приложений)[[1]](#footnote-1);
			4. Сканированная копия доверенности в формате файла PDF или JPG (если подписант заявки или лицо, заверяющее проект заявления о предоставлении лицензии, действует на основании доверенности).

{Наименование должности и ФИО уполномоченного лица}».

Одновременно с подачей заявки на добавление организации в ФРМО рекомендуется направлять заявку на предоставление доступа к ФРМО/ФРМР. Форма заявки приведена
в Инструкции по получению доступа к Федеральному реестру медицинских организаций
и Федеральному регистру медицинских работников, размещенной по адресу <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3549>

## 1.2 **Форма заявки на добавление в ФРМО государственной или муниципальной медицинской организации**

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Тип организации | Государственное или муниципальное юридическое лицо | Оставить значение «Государственное или муниципальное юридическое лицо» |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ (исходя из юридического адреса головной организации) |
| ИНН |  | Указать ИНН организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 10-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| ОГРН |  | Указать ОГРН организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только 13-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| КПП |  | Указать КПП организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Медицинская организация | Оставить значение «Медицинская организация» |
| Ведомственная принадлежность |  | Указать ведомственную принадлежность организации в соответствии с учредительными документами |
| Вид деятельности | Выберите элемент. | Указать вид деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I) |
| Профиль деятельности | Выберите элемент. | Указать (при наличии) профиль деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I)  |
| Уровень организации[[2]](#footnote-2) | Выберите элемент. | Указать одно из следующих значений:* «I уровень»;
* «II уровень»;
* «III уровень»;
* «Иное»
 |
| Территориальный признак | Выберите элемент. | Указать территориальный признак в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел II) |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[3]](#footnote-3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП

## 1.3 Форма заявки на добавление в ФРМО частной медицинской организации

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Тип организации | Частное юридическое лицо | Оставить значение «Частное юридическое лицо» |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать полное сокращенное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ (исходя из юридического адреса головной организации) |
| ИНН |  | Указать ИНН организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 10-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| ОГРН |  | Указать ОГРН организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 13-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| КПП |  | Указать КПП организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 9-значное число.Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Медицинская организация | Оставить значение «Медицинская организация» |
| Учредитель |  | Указать наименование учредителя организации в соответствии с учредительными документами |
| Вид деятельности | Выберите элемент. | Указать вид деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I) |
| Профиль деятельности | Выберите элемент. | Указать (при наличии) профиль деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I) |
| Уровень организации[[4]](#footnote-4) | Выберите элемент. | Указать одно из следующих значений:* «I уровень»;
* «II уровень»;
* «III уровень»;
* «Иное»
 |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[5]](#footnote-5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП[[6]](#footnote-6)

## 1.4 Форма заявки на добавление в ФРМО филиала медицинской организации

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Головная организация |  | Указать полное и сокращенное наименование головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ, в котором расположен филиал  |
| ИНН  |  | Указать ИНН головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 10-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| КПП |  | Указать КПП филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Медицинская организация | Оставить значение «Медицинская организация» |
| Уровень организации[[7]](#footnote-7) | Выберите элемент. | Указать одно из следующих значений:* «I уровень»;
* «II уровень»;
* «III уровень»;
* «Иное»
 |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[8]](#footnote-8) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП[[9]](#footnote-9)

## 1.5 Форма заявки на добавление в ФРМО индивидуального предпринимателя

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Тип организации | Индивидуальный предприниматель | * Оставить значение «Индивидуальный предприниматель»
 |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование ИП в соответствии с выпиской из ЕГРИП. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование ИП по шаблону «ИП Фамилия И.О.».Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ (исходя из адреса местожительства ИП) |
| ИНН |  | Указать ИНН ИП согласно выписке из ЕГРИП. Допускается только 12-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| ОГРН ИП |  | Указать ОГРН ИП согласно выписке из ЕГРИП. Допускается только 15-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Медицинская организация | Оставить значение «Медицинская организация» |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

{Индивидуальный предприниматель}[[10]](#footnote-10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{*И.О. Фамилия*}/

МП[[11]](#footnote-11)

## 1.6 Форма заявки на добавление в ФРМО организации здравоохранения

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Тип организации | Государственное или муниципальное юридическое лицо | Оставить значение «Государственное или муниципальное юридическое лицо» |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ (исходя из юридического адреса организации) |
| ИНН |  | Указать ИНН организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 10-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| ОГРН  |  | Указать ОГРН согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 13-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| КПП |  | Указать КПП организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Организация здравоохранения | Оставить значение «Организация здравоохранения» |
| Ведомственная принадлежность |  | Указать ведомственную принадлежность организации с учредительными документами |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[12]](#footnote-12) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП

## 1.7 Форма заявки на добавление в ФРМО фармацевтической организации

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Тип организации | Частное юридическое лицо | Указать одно из значений:* «Государственное или муниципальное юридическое лицо»;
* «Частное юридическое лицо»;
* «Индивидуальный предприниматель»
 |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ/ЕГРИП. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать полное сокращенное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Для ИП указать по шаблону «ИП Фамилия И.О.». Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ (исходя из юридического адреса головной организации, адреса местожительства ИП) |
| ИНН |  | Указать ИНН организации согласно выписке из ЕГРЮЛ/ЕГРИП. Для типа организации «Частное юридическое лицо» допускается только 10-значное число. Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» допускается только 12-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| ОГРН или ОГРН ИП |  | Указать ОГРН организации/ОГРН ИП согласно выписке из ЕГРЮЛ/ЕГРИП.Для типа организации «Частное юридическое лицо» допускается только 13-значное число. Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» допускается только 15-значное число.Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| КПП |  | Указать КПП организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Для типа организации «Частное юридическое лицо» допускается только9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» значение не указывается |
| Субъект системы здравоохранения | Фармацевтическая организация | Оставить значение «Фармацевтическая организация» |
| Ведомственная принадлежность/Учредитель |  | Указать (при наличии) ведомственную принадлежность организации либо наименование учредителя организации в соответствии с учредительными документами. Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» значение не указывается |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[13]](#footnote-13) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}*

МП[[14]](#footnote-14)

## 1.8 Форма заявки на добавление в ФРМО филиала фармацевтической организации

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Головная организация |  | Указать полное и сокращенное наименование головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ, в котором расположен филиал  |
| ИНН |  | Указать ИНН головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 10-значное число |
| КПП |  | Указать КПП филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Фармацевтическая организация | Оставить значение «Фармацевтическая организация» |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[15]](#footnote-15) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП[[16]](#footnote-16)

## 1.9 Форма заявки на добавление в ФРМО образовательной организации или НИИ

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Тип организации | Выберите элемент. | Указать одно из значений:* «Государственное или муниципальное юридическое лицо»;
* «Частное юридическое лицо»;
* «Индивидуальный предприниматель»
 |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ/ЕГРИП. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ. Для ИП указать по шаблону «ИП Фамилия И.О.». Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ (исходя из юридического адреса головной организации, адрес местожительства ИП) |
| ИНН |  | Указать ИНН организации согласно выписке из ЕГРЮЛ/ЕГРИП.Для типа организации «Частное юридическое лицо» допускается только 10-значное число.Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» допускается только 12-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| ОГРН или ОГРН ИП |  | Указать ОГРН организации/ОГРН ИП согласно выписке из ЕГРЮЛ/ЕГРИП.Для типа организации «Частное юридическое лицо» допускается только 13-значное число.Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» допускается только 15-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| КПП |  | Указать КПП организации согласно выписке из ЕГРЮЛ.Для типа организации «Частное юридическое лицо» допускается только 9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п.Для типа организации «Индивидуальный предприниматель» значение не указывается |
| Субъект системы здравоохранения | Образовательная организация | Оставить значение «Образовательная организация» |
| Тип образовательной организации | Выберите элемент. | Указать одно из следующих значений:* Профессиональная образовательная организация;
* Образовательная организация высшего образования;
* Организация дополнительного профессионального образования;
* Научная организация;
* Медицинская организация
 |
| Ведомственная принадлежность/Учредитель |  | Указать (при наличии) ведомственную принадлежность организации или наименование учредителя организации в соответствии с учредительными документами |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица}[[17]](#footnote-17) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП[[18]](#footnote-18)

## 1.10 Форма заявки на добавление в ФРМО филиала образовательной организации или НИИ

| Наименование поля | Описание | Вид, способ ввода |
| --- | --- | --- |
| Головная организация |  | Указать полное и сокращенное наименование головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Полное наименование |  | Указать полное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Сокращенное наименование |  | Указать сокращенное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только кириллица |
| Субъект РФ |  | Указать наименование субъекта РФ, в котором расположен филиал  |
| ИНН |  | Указать ИНН головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 10-значное число |
| КПП |  | Указать КПП филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ. Допускается только 9-значное число. Без пробелов, тире, точек и т.п. |
| Субъект системы здравоохранения | Образовательная организация | Оставить значение «Образовательная организация» |
| Тип образовательной организации | Выберите элемент. | Указать одно из следующих значений:* Профессиональная образовательная организация;
* Образовательная организация высшего образования;
* Организация дополнительного профессионального образования;
* Научная организация;
* Медицинская организация
 |
| Адрес  |  | Указать фактический адрес местонахождения организации |

*{Наименование должности*

*уполномоченного лица[[19]](#footnote-19)} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{И.О. Фамилия}/*

МП[[20]](#footnote-20)

1. Только в случае, если заявка направляется соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности. [↑](#footnote-ref-1)
2. I уровень (первый уровень) - медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого они расположены, первичную медико-санитарную помощь, и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

II уровень (второй уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи, а также паллиативную медицинскую помощь, и (или) диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

III уровень (третий уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. [↑](#footnote-ref-2)
3. Заявка подписывается руководителем организации (лицом, его замещающим) либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии
с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-3)
4. I уровень (первый уровень) - медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого они расположены, первичную медико-санитарную помощь, и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

II уровень (второй уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи, а также паллиативную медицинскую помощь, и (или) диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

III уровень (третий уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. [↑](#footnote-ref-4)
5. Заявка подписывается руководителем организации (лицом, его замещающим) либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-5)
6. Если в соответствии с Уставом организация отказалась от использования печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-6)
7. I уровень (первый уровень) - медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого они расположены, первичную медико-санитарную помощь, и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

II уровень (второй уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи, а также паллиативную медицинскую помощь, и (или) диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

III уровень (третий уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. [↑](#footnote-ref-7)
8. Заявка подписывается руководителем головной организации/филиала (лицом, его замещающим)
либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии
с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-8)
9. Если в соответствии с Уставом организация отказалась от использования печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-9)
10. Заявка подписывается индивидуальным предпринимателем либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-10)
11. В случае, если индивидуальный предприниматель осуществляет деятельность без использования печати,
в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-11)
12. Заявка подписывается руководителем организации (лицом, его замещающим) либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-12)
13. Заявка подписывается руководителем организации (лицом, его замещающим)/индивидуальным предпринимателем либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной
в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом
на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой,
а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-13)
14. Если в соответствии с Уставом организация отказалась от использования печати или если ИП осуществляет деятельность без печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-14)
15. Заявка подписывается руководителем головной организации/филиала (лицом, его замещающим)
либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии
с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-15)
16. Если в соответствии с Положением филиал отказался от использования печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-16)
17. Заявка подписывается руководителем организации (лицом, его замещающим)/индивидуальным предпринимателем либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной
в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом
на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой,
а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-17)
18. Если в соответствии с Уставом организация отказалась от использования печати или если ИП осуществляет деятельность без печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-18)
19. Заявка подписывается руководителем головной организации/филиала (лицом, его замещающим)
либо уполномоченным лицом, действующим на основании доверенности, оформленной в соответствии
с требованиями действующего законодательства РФ. В случае, если заявка подписана лицом на основании доверенности, сканированная копия доверенности направляется вместе с заявкой, а проставление оттиска печати является необязательным. [↑](#footnote-ref-19)
20. Если в соответствии с Положением филиал отказался от использования печати, в заявке на месте, предназначенном для оттиска печати, следует написать «Печать не предусмотрена» (допускается рукописный текст). [↑](#footnote-ref-20)