|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền của Sở Y tế** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị theo Mẫu 07 Phụ lục XI ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP | x |  |
|  | 2. Quyết định bãi nhiệm người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở trước đây; | x |  |
| 3. Quyết định bổ nhiệm người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; | x |  |
| 4. Bản sao hợp lệ chứng chỉ hành nghề của người được bổ nhiệm chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; |  | x |
| 5. Hợp đồng lao động hoặc quyết định tuyển dụng của người được bổ nhiệm chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; | x |  |
| 6. Giấy xác nhận quá trình đã hành nghề 36 tháng sau khi được cấp chứng chỉ hành nghề theo Mẫu 10 Phụ lục XI ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 7. Bản gốc Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 42 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;  - Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;  - Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);  Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | Phí thẩm định: 1.500.000 đồng | | |

**Phụ lục 11**

**Mẫu 07**

|  |
| --- |
| **­­­**  **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *......[[1]](#footnote-1)......., ngày……. tháng…… năm 20.....*  **ĐƠN ĐỀ NGHỊ**  **Thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật  của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Kính gửi: ................................[[2]](#footnote-2)..........................................

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ……………………………………………

Địa điểm:...........................................[[3]](#footnote-3)................................................................

Điện thoại: ...................... Email (nếu có):.......................................................

Đề nghị điều chỉnh Giấy phép hoạt độngvì thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật (CMKT) của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Hồ sơ bao gồm: [[4]](#footnote-4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Quyết định bãi nhiệm người chịu trách nhiệm CMKT trước đây |  |
| 2. | Quyết định bổ nhiệm người chịu trách nhiệm CMKT mới |  |
| 3. | Bản sao hợp lệ chứng chỉ hành nghề của người chịu trách nhiệm CMKT mới |  |
| 4. | Hợp đồng lao động hoặc quyết định tuyển dụng người chịu trách nhiệm CMKT mới |  |
| 5 | Giấy xác nhận quá trình thực hành hoặc tài liệu chứng minh quá trình thực hành của người chịu trách nhiệm CMKT mới |  |
| 6 | Bản gốc Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

**Phụ lục 11**

**Mẫu 10**

|  |  |
| --- | --- |
| ............[[5]](#footnote-5)...........  ............[[6]](#footnote-6)............  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Số: /GXNTH | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *…[[7]](#footnote-7)…, ngày…… tháng….. năm 20….* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH HÀNH NGHỀ**

.......................2........................ xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số[[8]](#footnote-8)4: ……..…Ngày cấp: ………… Nơi cấp:

Văn bằng chuyên môn: …………………[[9]](#footnote-9)5……………. Năm tốt nghiệp:

đã hành nghề tại..................[[10]](#footnote-10)6............... và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian hành nghề: [[11]](#footnote-11)7

2. Năng lực chuyên môn: [[12]](#footnote-12)8

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[13]](#footnote-13)9

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

1. Địa danh. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cơ quan cấp giấy phép hoạt động. [↑](#footnote-ref-2)
3. Địa chỉ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-3)
4. Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ. [↑](#footnote-ref-4)
5. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-5)
6. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-6)
7. Địa danh. [↑](#footnote-ref-7)
8. 4 Hộ chiếu còn hạn sử dụng. [↑](#footnote-ref-8)
9. 5 Ghi văn bằng của người hành nghề. [↑](#footnote-ref-9)
10. 6 Ghi cụ thể tên khoa phòng làm việc. [↑](#footnote-ref-10)
11. 7 Ghi cụ thể thời gian hành nghề từ ngày …. tháng …năm…. đến ngày…. tháng ….năm… [↑](#footnote-ref-11)
12. 8 Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa mà người hành nghề làm việc. [↑](#footnote-ref-12)
13. 9 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người hành nghề đối với đồng nghiệp và người bệnh. [↑](#footnote-ref-13)