|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp lại giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền của Sở Y tế do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi do cấp không đúng thẩm quyền** |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1.Đơn đề nghị theo Mẫu 08 Phụ lục XI ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 2. Bản gốc giấy phép bị hư hỏng (nếu có) | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  |  45 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 08**

|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*......[[1]](#footnote-1)......., ngày……. tháng…… năm 20.....***ĐƠN ĐỀ NGHỊ****Cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

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

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

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

Giấy phép hoạt động số: ….…. Ngày cấp: …………… Nơi cấp………….

Đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động vì lý do: [[4]](#footnote-4)

* Bị mất [ ]
* Bị hư hỏng [ ]
* Bị thu hồi theo điểm a khoản 1 Điều 48 Luật khám bệnh, chữa bệnh [ ]

Tôi xin gửi kèm theo Đơn này:

* Bản gốc Giấy phép bị hư hỏng (nếu có)

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

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

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 lý do đề nghị cấp lại. [↑](#footnote-ref-4)