|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | Cấp lại giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền của Sở Y tế do bị mất hoặc hư hỏng hoặc giấy phép bị thu hồi do cấp không đúng thẩm quyền | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** | |
|  | 1. Đơn đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng theo Mẫu 08 Phụ lục XI kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CPngày 01/7/2016 của Chính phủ; | x |  | |
| 2. Bản gốc giấy phép bị hư hỏng (nếu có)sao hợp lệ chứng chỉ hành nghề của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; người phụ trách bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. | 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 18**

**Mẫu đơn đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2011/TT - BYT*

*Ngày 14 tháng 11 năm 2011 của Bộ trưởng Sở Y tế)*

|  |
| --- |
| **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:

Bị mất

Bị hư hỏng

Bị thu hồi theo tại điểm a khoản 1 Điều 48 Luật khám bệnh, chữa bệnh

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC**  ( ký tên và đóng dấu ) |

1. Địa danh [↑](#footnote-ref-1)
2. *Cơ quan cấp giấy phép hoạt động* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.* [↑](#footnote-ref-3)