Исх. № от Зарегистрировано за №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения

Калужской области

Заявление

о предоставлении сведений о конкретной лицензии

на осуществление медицинской деятельности

Заявитель

(указывается организационно-правовая форма, полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

в лице руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для юридического лица указать Ф.И.О. руководителя полностью)

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса)

Контактные телефон(ы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факс

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности: в форме: электронного документа / на бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении).

(нужное указать)

о ком запрашиваются сведения:

\* организационно-правовая форма, полное наименование лицензиата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Идентификационный номер

налогоплательщика (ИНН) лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Государственный регистрационный номер записи

о создании юридического лица /государственной

регистрации индивидуального предпринимателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ОГРН)

\*адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ 20 г.

\*кем предоставлена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(орган, выдавший лицензию)

\* указываются известные заявителю сведения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

|  |  |
| --- | --- |
| (дата) | (Ф.И.О., подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись) |

М.П.