Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(заполняется лицензирующим органом)*

 В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление

о прекращении медицинскойдеятельности

с 20 г.

регистрационный № лицензии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(орган, выдавший лицензию)*

Заявитель

|  |  |
| --- | --- |
| № п\п | Сведения о лицензиате |
|  | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество и \*\*\*данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя) |  |
|  | Адрес места нахождения юридического лица; \*\*\*адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
|  | Почтовый адрес лицензиата для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса) |  |
|  | Государственный регистрационный номер записио создании юридического лица /государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)  |  |
|  | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)  |  |
|  | Контакты: телефон, сотовый (при наличии), факс  |  |
|  | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
|  | Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа | [<\*>](#P1532) На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.[<\*>](#P1532) В форме электронного документа.[<\*>](#P1532) На бумажном носителе лично |

\* указать нужное

В лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности

*(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)*

просит прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности**.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО, подпись или усиленная

 квалифицированная электронная подпись)

 М.П.

 Заявление представляется в лицензирующий орган не позднее, чем за 15 календарных дней до дня фактического прекращения деятельности.

\*\*\*Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.