Приложение 2

к Положению о лицензировании

медицинской деятельности

(подпункт 1.8.3 пункта 1.8)

**Сведения**

**об образовательном, профессиональном и квалификационном уровне работников, состоящих в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлекаемых им на законном основании для осуществления медицинской деятельности**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии - юридического лица, филиала юридического лица - нерезидента, физического лица предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (город)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес фактического места осуществления медицинской деятельности (для каждого обособленного подразделения заполняется отдельно): | | | | | | |
| Наименование обособленного подразделения (для каждого обособленного подразделения заполняется отдельно): | | | | | | |
| Заявляемые соискателем лицензии виды работ (услуг) (для каждого обособленного подразделения заполняется отдельно) | | | | | | |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Наименование занимаемой должности (указать совместительство) | Диплом (специальность, серия, номер, дата, кем выдан).  Сертификат врача-специалиста (номер, специальность и срок действия) | Свидетельство о прохождении повышения квалификации (специальность, номер, дата, кем выдано).  Документы о допуске к проведению работ (услуг) | Удостоверение о присвоении (подтверждении) квалификационной категории (специальность, серия, номер, дата, кем выдано, категория (при наличии) | Дата приема на работу  (назначения на должность) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Достоверность представленного документа подтверждаю и ознакомлен(а), что предоставление недостоверных данных в настоящем документе является основанием для отказа в выдаче лицензии либо аннулирования лицензии (в соответствии с ч.3 ст. 12 Закона Донецкой Народной Республики «О лицензировании отдельных видов хозяйственной деятельности»).

Руководитель заявителя, физическое лицо-предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.