Приложение 3

к Положению о лицензировании

медицинской деятельности

(подпункт 1.8.3 пункта 1.8)

**Сведения**

**об оборудовании, находящемся в эксплуатации соискателя лицензии (лицензиата)**

**для осуществления медицинской деятельности**

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

(полное 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 | Наименование медицинской техники, изделий медицинского назначения, санитарного транспорта | Тип, марка | Год выпуска, страна изготовитель | Номер регистрационного удостоверения | Техническое состояние, дата последней поверки соответствующей медицинской техники (технического осмотра санитарного транспорта), или дата ввода в эксплуатацию новой медицинской техники. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  | Продолжение таблицы |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 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.