

Приложение 12
к Порядку выдачи,
оформления, учета и хранения
лицензий (и их дубликатов) на
осуществление медицинской
деятельности

(пункт 3.3)

Регистрационный номер: _____

(заполняется в отделе лицензирования, аккредитации, сертификации
и государственного контроля лицензирования медицинской практики
Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики)

В Министерство здравоохранения
Донецкой Народной Республики

Заявление

**(для юридического лица или физического лица–предпринимателя)
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности**

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность физического лица-предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Место нахождения юридического лица; место жительства физического лица-предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес лицензиата/соискателя лицензии, адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	
6.	Номер регистрационной записи в Едином государственном реестре юридических лиц и физических лиц-предпринимателей	
7.	Идентификационный код юридического лица или идентификационный номер физического лица-предпринимателя	

8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или физическом лице-предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц и физических лиц-предпринимателей	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Наименование, код территории, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код территории _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____
10.	Контактный телефон, факс	
11.	Адрес электронной почты (при наличии)	

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или физического лица-предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность предоставленных документов подтверждаю

Руководитель организации-заявителя,
физическое лицо-предприниматель _____
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Приложение
к заявлению

В Министерство здравоохранения
Донецкой Народной Республики

Перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской
деятельности _____

_____ (наименование юридического лица или Ф.И.О. физического лица-предпринимателя)

По адресам места осуществления медицинской деятельности _____

_____ (указываются для каждого территориально обособленного структурного подразделения отдельно)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель организации-заявителя,
физическое лицо-предприниматель _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«_____» _____ 20 ____ г.