

Приложение 14
к Порядку выдачи,
оформления, учета и хранения
лицензий (и их дубликатов) на
осуществление медицинской
деятельности

(пункт 4.7)

В Министерство здравоохранения
Донецкой Народной Республики

исх. № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

**(для юридического лица, физического лица–предпринимателя)
об аннулировании лицензии или копии лицензии на осуществление медицинской
деятельности**

В соответствии с пунктом 4.7 Порядка выдачи, оформления, учета и хранения
лицензий (и их дубликатов) на осуществление медицинской деятельности,
утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной
Республики от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____

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

_____ (место нахождения юридического лица,

_____ место жительства физического лица-предпринимателя)

_____ (идентификационный код юридического лица, физического лица-предпринимателя)

просит аннулировать лицензию/копию лицензии (нужное подчеркнуть)

серия _____ № _____ на осуществление медицинской деятельности

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

в связи с _____

Руководитель организации-заявителя,
физическое лицо-предприниматель _____

(Ф.И.О.)

(подпись)