Приложение 9

к Положению о лицензировании

медицинской деятельности

(пункт 2.15)

Изображение Государственного герба ДНР

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  полное наименование юридического лица, филиала юридического лица - нерезидента или Ф.И.О. физического лица – предпринимателя  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Юридический адрес юридического лица, филиала юридического лица - нерезидента или место жительства физического лица-предпринимателя |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о выдаче лицензии на осуществление**

**медицинской деятельности**

В соответствии с пунктом 2.15 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по результатам проведенной проверки (Акт проверки от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) соответствия лицензионным условиям на осуществление медицинской деятельности (лицензионное дело регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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

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

(наименование лицензиата)

было принято решение о выдаче лицензии, утвержденное приказом

Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по месту фактического осуществления медицинской деятельности

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

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

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

(указать адрес(а), по которому будет осуществляться медицинская деятельность)

Продолжение приложения 9

Уведомляем, что в случае, если соискатель лицензии в течение тридцати календарных дней со дня вручения (отправления) уведомления о выдаче лицензии на осуществление медицинской деятельности не подал документ, подтверждающий внесение платы за выдачу лицензии, или не обратился в орган лицензирования для получения оформленной лицензии, Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики имеет право отменить решение о выдаче лицензии или принять решение о признании такой лицензии недействительной.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Начальник отдела  лицензирования, аккредитации и государственного контроля качества Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись и печать) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, инициалы) |

Отметка о получении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата, Ф.И.О. и подпись соискателя лицензии/лицензиата)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)