Приложение 1

к Порядку контроля (надзора) за соблюдением лицензионных условий осуществления медицинской деятельности (пункт 2.3)

(Бланк Органа лицензирования)

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

(полное наименование юридического лица, физического лица-предпринимателя)

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

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

(юридический адрес, адрес регистрации по месту жительства)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о проведении плановой проверки соблюдения лицензионных условий осуществления медицинской деятельности**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ год №\_\_\_\_\_\_\_

Согласно части 8 статьи 22 Закона Донецкой Народной Республики «О лицензировании отдельных видов хозяйственной деятельности»,   
пункту 2.3. Порядка осуществления контроля (надзора) за соблюдением лицензионных условий осуществления медицинской деятельности, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики «\_\_\_» \_\_\_\_\_20\_\_\_г. под номером \_\_\_\_\_ (далее - Порядок), и в соответствии с планом-графиком проверок на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (квартал/год), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, в период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года будет проведена плановая проверка соблюдения Лицензионных условий осуществления медицинской деятельности, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики «\_\_\_» \_\_\_\_\_20\_\_\_г. под номером \_\_\_\_\_\_\_\_,

по адресу(ам) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место (а) осуществления медицинской деятельности лицензиата)

за период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Вам необходимо обеспечить условия для проведения плановой проверки в соответствии с действующим законодательством.

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

(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)