|  |
| --- |
| Регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче лицензии, переоформлении, выдаче копии, дубликата, аннулировании лицензии/копии на осуществление медицинской деятельности**

Реквизиты заявителя

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 | Полное наименование юридического лица, филиала юридического лица –нерезидента, (фамилия, имя, отчество физического лица – предпринимателя) |
|  |  |
| 1.2 | Идентификационный код юридического лица. филиала юридического лица –нерезидента (идентификационный номер физического лица-предпринимателя) |
|  |  |
| 1.3 | Местонахождение юридического лица, филиала юридического лица –нерезидента (место проживания физического лица-предпринимателя) |
|  |  |
| 1.4 | Руководитель юридического лица, филиала юридического лица –нерезидента |
| Должность |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| 1.5 | Данные документа, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице, филиале юридического лица – нерезидента (физическом лице-предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц и физических лиц-предпринимателей |
| Серия |  | № бланка |  | № регистрации |  |
| Дата выдачи  |  | Кем выдан |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность физического лица-предпринимателя: Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 1.6. | Контактная информация |
| Номер телефона: |  | Режим работы |  |
| E-mail: |  |
| 1.7 | Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности |
|  |
|  |
| 1.8 | Адрес(а) филиалов осуществления медицинской деятельности |
|  |
|  |
|  |
|  |

Прошу выдать лицензию, переоформить, выдать копию, дубликат, аннулировать лицензию/копию на медицинскую деятельность (нужное подчеркнуть)

В лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или физического лица – предпринимателя,

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

или уполномоченного лица)

действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (документ, подтверждающий полномочия)

 Перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности по адресам места осуществления медицинской деятельности.

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

(указываются для каждого территориально обособленного структурного подразделения отдельно)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Работы (услуги) | Примечание |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С порядком получения, переоформления, выдачи копии, дубликата, аннулирования лицензии/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности ознакомлен(а) и обязуюсь их выполнять.

Предоставляю согласие на сбор и обработку персональных данных с целью рассмотрения вопроса лицензирования медицинской деятельности (в порядке ст. ст. 6, 9 Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных»).

Достоверность представленных документов подтверждаю и ознакомлен(а), что предоставление недостоверных данных в документах, прилагаемых к настоящему заявлению, являются основанием для отказа в рассмотрении или выдаче лицензии (в соответствии с ч. 7 ст.11, ч.3 ст. 12 Закона Донецкой Народной Республики «О лицензировании отдельных видов хозяйственной деятельности»).

Прилагаются документы (копии документов) согласно описи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность руководителяили уполномоченного лица) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(инициалы, фамилия руководителя или уполномоченного лица) |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года |  |  |
| М.П. |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность лица, принявшего заявление) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(инициалы, фамилия) |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года |  |  |  |
|  |