

Додаток 6
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з медичної
практики

(найменування органу ліцензування)

(місцезнаходження органу ліцензування)

ЗАЯВА
про видачу дубліката ліцензії

(найменування органу, який видав ліцензію)

Заявник _____

(найменування суб'єкта господарювання)

(місцезнаходження суб'єкта господарювання)

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

(прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця)

(місце проживання фізичної особи – підприємця)

(серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий)

Номер
телефону _____

Організаційно-правова форма суб'єкта господарювання _____

Код за ЄДРПОУ _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)* _____

Вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію: медична практика

Номер ліцензії: _____

строк дії ліцензії: з «__» _____ 20__ року до «__» _____ 20__ року

Прошу видати дублікат ліцензії у зв'язку з (зазначити причину: втрата ліцензії або пошкодження ліцензії)

До заяви додаються: _____

(вказати документ, що підтверджує внесення плати за видачу дубліката ліцензії, не придатна для користування ліцензія)

«__» _____ 20__ року _____

М. П.

(підпис заявника)

(прізвище, ініціали)

Дата і номер реєстрації заяви «__» _____ 20__ року № _____

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(прізвище, ініціали)

* Серія та номер паспорта для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків.