

Додаток 1
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з медичної
практики

_____ (найменування органу ліцензування)

_____ (місцезнаходження органу ліцензування)

**ЗАЯВА
про видачу ліцензії**

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) * _____

Реквізити попередніх ліцензій (за наявності) _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Для юридичних осіб**:

Найменування філій, інших відокремлених підрозділів	Адреса місця, за яким буде провадитися медична практика
1	2

Для фізичної особи - підприємця: місце провадження медичної практики **: _____

Додатки: Відомості суб'єкта господарювання про: стан матеріально-технічної бази, необхідної для провадження медичної практики від «__» ____ 20__ року № __; наявність нормативно – правових документів, у тому числі нормативних документів з питань стандартизації, необхідних для провадження медичної практики від «__» ____ 20__ року № __; наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня та стажу роботи за спеціальністю, необхідного для провадження відповідного виду господарської діяльності від «__» ____ 20__ року № __.

З порядком отримання ліцензії ознайомлений. Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 лютого 2011 року № 49, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09 лютого 2011 року за № 171/18909, відповідаю.

«__» ____ 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.

** Зазначається у разі наявності філій, інших відокремлених підрозділів юридичної особи або місця провадження медичної практики фізичної особи - підприємця.

