

Додаток 4  
до Ліцензійних умов провадження  
господарської діяльності з медичної  
практики

\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування)

\_\_\_\_\_ (місцезнаходження органу ліцензування)

**ЗАЯВА  
про видачу копії 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 ліцензії

**Прошу видати копію ліцензії у зв'язку зі створенням нового(их) відокремленого(их) підрозділу(ів), філії(й) (для фізичної особи - підприємця - нового(их) місця(ь) провадження медичної практики), а саме:**

Для юридичних осіб:

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

Для фізичної особи - підприємця місця провадження медичної практики: \_\_\_\_\_

**Додатки:** Відомості суб'єкта господарювання про: стан матеріально-технічної бази, необхідної для провадження медичної практики від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року (додаток 1); наявність нормативно-правових документів, у тому числі нормативних документів з питань стандартизації, необхідних для провадження медичної практики від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року (додаток 2); наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня та стажу роботи за спеціальністю, необхідного для провадження відповідного виду господарської діяльності від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року (додаток 3).

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_ (підпис заявника) \_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали)

Дата і номер реєстрації заяви "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року N \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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.