

Додаток 5  
до Ліцензійних умов провадження  
господарської діяльності з медичної  
практики

\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

\_\_\_\_\_

(місцезнаходження органу ліцензування)

**ЗАЯВА**  
**про переоформлення 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 переоформити ліцензію у зв'язку** (зі зміною найменування юридичної особи (зміною прізвища фізичної особи – підприємця), зі зміною місцезнаходження юридичної особи (місця проживання фізичної особи – підприємця))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 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.