

Додаток 7  
до Ліцензійних умов провадження  
господарської діяльності з медичної  
практики

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

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

**ПОВІДОМЛЕННЯ**  
**про припинення діяльності відокремленим підрозділом ліцензіата**

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) \* \_\_\_\_\_

**Повідомляємо, що припинено діяльність відокремленого(их) підрозділу(ів),  
місце(я) діяльності фізичної особи - підприємця, а саме:**

Для юридичних осіб:

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

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

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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.