Регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(заполняется лицензирующим органом)

Уведомление

(для юридического лица/индивидуального предпринимателя)

о намерении осуществлять медицинскую деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)

на территории Орловской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица;  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес местонахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 6. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности с указанием видов работ, услуг, которые лицензиат намерен осуществлять (с указанием почтового индекса) |  |
| 7. | Дата предполагаемого начала осуществления медицинской деятельности на территории Орловской области |  |
| 8. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям | Согласно приложению на \_\_\_\_\_ листах к заявлению о переоформлении лицензии, описи к заявлению о переоформлении лицензии |
| 9. | Контактный телефон, факс |  |
| 10. | Адрес электронной почты  (при наличии) |  |

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

уведомляет о намерении осуществлять медицинскую деятельность на территории Орловской области.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М. П.