|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  |  |  | оот |  |
|  |  | (заполняется Департаментом здравоохранения  Орловской области) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В Департамент здравоохранения  Орловской области |

|  |
| --- |
| Заявление  о прекращении медицинской деятельности (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) [<\*>](#P1846) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование лицензирующего органа) | | |
| 11 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  | |
| 22 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  | |
| 33 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  | |
| 44 | Адрес местонахождения лицензиата (указать почтовый индекс) |  | |
| 55 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  | |
| 66 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа)  Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | |
| 77 | Идентификационный номер налогоплательщика |  | |
| 88 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа)  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | |
| 99 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность |  | |
| 110 | Дата фактического прекращения медицинской деятельности |  | |
| 111 | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | |
| 112 | Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#P1847) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*\*>](#P1847) В форме электронного документа | |
| 113 | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P1847) Не требуется  [<\*\*>](#P1847) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*\*>](#P1847) В форме электронного документа | |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |
|  |  | (подпись) |
|  |  |  |

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное указать.