Приложение № 9
к приказу департамента здравоохранения от  №

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  | от |  |

Заполняется департаментом здравоохранения Костромской области

В департамент здравоохранения Костромской области

Заявление
о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими
в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”)\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лицензия на осуществление медицинской деятельности № |  | от “ |  | ” |  | 20 |  | г., |

предоставленная

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица;адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | 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 предпринимателейАдрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан |  |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ) |
|  | Дата выдачи |  |  |
|  | Бланк: серия |  | № |  |  |
|  | Адрес |  |  |
|  |  |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан |  |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ) |
|  | Дата выдачи |  |  |
|  | Бланк: серия |  | № |  |  |
|  |  |
| 9 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность |  |
| 10 | Дата фактического прекращения медицинской деятельности |  |
| 11 | Контактный телефон лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется) |  |
| 12 | Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа | \*\* На бумажном носителе (лично)\*\* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\*\* В форме электронного документа |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (подпись) |

М.П.

\* Далее – медицинская деятельность.

\*\* Нужное указать.