Регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения

Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении сведений из реестра лицензий

Прошу предоставить выписку из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г., предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Требуемые сведения | Сведения, представленные заявителем |
| 1. | Наименование юридического лица (Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя)<\*> |  |
| 2. | Адрес места нахождения юридического лица <\*> |  |
| 3. | Адрес места осуществления деятельности<\*> |  |
| 4.  | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица(ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) <\*> |  |
| 5. | Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН)<\*> |  |
| 6. | Контактный телефон, адрес электронной почты, почтовый адрес заявителя | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(почтовый адрес) |
| 7. | Форма получения выписки из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) На бумажном носителе лично[<\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |

<\*> Заполняется не менее двух строк.

<\*\*> Нужное указать.

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

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя / физического лица)

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

(при наличии)

 (подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)