Приложение № 5

к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

РЕКВИЗИТЫ

документов о государственной регистрации медицинских изделий

(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых

для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих

медицинскую деятельность [<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5Ccab_314-4%5CDesktop%5C%D0%91%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B8%20%D0%B7%D0%B0%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%B8%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82.%20%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BE%D1%82%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%BA%20%D0%A1%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8E%5C%D0%BC%D0%B5%D0%B4%5C%D0%97%D0%B0%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BE%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%B8%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.doc#P616)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделия | Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |
|  |  |  |

[<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5Ccab_314-4%5CDesktop%5C%D0%91%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B8%20%D0%B7%D0%B0%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%B8%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82.%20%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BE%D1%82%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%BA%20%D0%A1%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8E%5C%D0%BC%D0%B5%D0%B4%5C%D0%97%D0%B0%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BE%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%B8%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.doc#P616) Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

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

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

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

 (подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)