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:\Users\cab_314-4\Desktop\Бланки%20заявлений%20и%20плат.%20поручения%20от%20Минздрава%20к%20Соглашению\мед\Заявление%20о%20переоформлении%20лицензии%20мед.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:\Users\cab_314-4\Desktop\Бланки%20заявлений%20и%20плат.%20поручения%20от%20Минздрава%20к%20Соглашению\мед\Заявление%20о%20переоформлении%20лицензии%20мед.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)