|  |
| --- |
| Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(заполняется лицензирующим органом)* |
|  |
|  | В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ |

заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности

и (или) перечня видов работ (услуг)

регистрационный № лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от 20 г

предоставленной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование лицензирующего органа)*

 в связи с изменением(дополнением):

\_\_\_\_\* адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов)

\_\_\_\_ \* перечня выполняемых работ (оказываемых услуг) в составе лицензируемой деятельности (далее - работ)

Заявитель

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полноенаименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, \*\*\*данные документа, удостоверяющего его личность |  |
| 2 | Адрес места нахождения юридического лица /\*\*\*адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
|  3 | Почтовый адрес для доставки корреспонденции(с указанием почтового индекса) |  |
| 4 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |
| 5 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 6. <\*\*> | Для иностранного юридического лица и филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в установленном порядке |
| 6.1 | Наименование иностранного юридического лица |  |
| 6.2 | Наименование филиала иностранного юридического лица |  |
| 6.3 | Сведения об аккредитации иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица | Номер записи аккредитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6.4 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 6.5 | Код причины постановки на учет (КПП) |  |
| 7 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы) |
| Вид нового обособленного объекта, и (или) объекта, на котором будут выполняться новые работы | Адрес местаосуществления лицензируемой деятельности(с указаниемпочтового индекса) | Перечень работ, составляющих медицинскую деятельностьпо каждому объекту |
|  |  |  |
| 8 | Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу | \_\_\_\_\* да \_\_\_\_\_\_\* нет |
| 9 | Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии  | \_\_\_\_\_\*в форме электронного документа \_\_\_\_\*на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 10 | Выписка из реестра лицензий | \_\_\_\_\_[<\*>](#P785) Не требуется\_\_\_\_[<\*>](#P785) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_[<\*>](#P785) В форме электронного документа |
| 11 | Контактные телефоны - стационарный и сотовый (при наличии), факс |  |
| 12 | Адрес электронной почты (при наличии) |  |

*\*нужное указать;* указать ОКПО:

В лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: *устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности*

*(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)*

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(*ФИО, подпись или усиленная

 квалифицированная электронная подпись)

 М.П.

<\*\*>Пункт 6 для иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера.

\*\*\*Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.