|  |  |
| --- | --- |
| 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 полное  наименование 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. [<\*\*>](consultantplus://offline/ref=FBA2B867859E2BC82C69AA942B04F68CEC6B9FF77594DF458FEF9C99AA3BD05FF9B67F18408ED62607A39B6C5B428C2394CCA2A23C5500AF597EDB6Ex0b5N) | 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 места  осуществления лицензируемой деятельности  (с указанием  почтового индекса) | | Перечень работ,  составляющих медицинскую деятельность  по 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.

[<\*\*>](consultantplus://offline/ref=FBA2B867859E2BC82C69AA942B04F68CEC6B9FF77594DF458FEF9C99AA3BD05FF9B67F18408ED62607A39B6C5B428C2394CCA2A23C5500AF597EDB6Ex0b5N)[Пункт](consultantplus://offline/ref=FD4F5BB8D38771CA4D6FA4A069B207F71E44F1645FE386D8086A9131D0952B55C1E7EF4160A4C2A470B954B6ED3E43B2568C378FD84321DE012612B1x2s9N) 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.