

Додаток 2
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з
медичної практики

**Заява
про одержання ліцензії**

Заявник _____
(найменування суб'єкта господарювання)

Номер телефону _____ електронна адреса _____

Організаційно-правова форма суб'єкта господарювання _____

Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення:

Нарочно , поштовим відправленням , в електронному вигляді

Спосіб отримання ліцензії:

Нарочно , поштовим відправленням , в електронному вигляді

Код за ЄДРПОУ _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця) * _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики юридичної особи:

Найменування філій, інших відокремлених підрозділів	Адреса місця, за яким буде провадитися медична практика
1	2

Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики фізичної особи-підприємця _____

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених цією постановою, відповідаю.

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви відповідно до пункту 7 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» є підставою для анулювання ліцензії.

«__» _____ 20__ року _____

М. П.

(підпис заявника)

(прізвище, ініціали)

Дата і номер реєстрації заяви «__» _____ 20__ року № _____

Додаток 3
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з
медичної практики

**Заява
про переоформлення ліцензії**

Заявник _____
(найменування суб'єкта господарювання)

(місцезнаходження суб'єкта господарювання)

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

(прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця)

(місце проживання фізичної особи – підприємця)

(серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий)

Номер телефону _____ електронна адреса _____

Організаційно-правова форма суб'єкта господарювання _____

Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення:

Нарочно , поштовим відправленням , в електронному вигляді

Спосіб отримання переоформленої ліцензії:

Нарочно , поштовим відправленням , в електронному вигляді

Код за ЄДРПОУ _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця) * _____

Реквізити ліцензії: серія _____ № _____

Вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію: медична практика

Прощу переоформити ліцензію у зв'язку (зі зміною найменування юридичної особи (зміною прізвища фізичної особи – підприємця) _____

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених цією постановою, відповідаю.

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви відповідно до пункту 7 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» є підставою для анулювання ліцензії.

«__» _____ 20__ року _____

М. П.

(підпис заявника)

(прізвище, ініціали)

Дата і номер реєстрації заяви «__» _____ 20__ року №

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(прізвище, ініціали)

Додаток 4
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з
медичної практики

Опис № ____
документів, що додаються до заяви на одержання ліцензії

Від _____
(найменування / прізвище, ім'я, по батькові суб'єкта господарювання)

Дата і номер реєстрації заяви « ____ » _____ 20__ року № ____

№ з/п	Найменування документів	Відмітки про наявність документів (наявні, відсутні)	Кількість аркушів у документі	Примітки
1	2	3	4	5

Прийняв _____ документів _____
(цифрами і словами) (підпис відповідальної особи) _____
(прізвище, ініціали)

« ____ » _____ 20__ року
(дата)

Копію опису отримав

« ____ » _____ 20__ року _____
(дата) (підпис відповідальної особи) _____
(прізвище, ініціали)

Дата прийняття документів, що
підтверджують внесення
заявником плати за видачу
ліцензії

« ____ » _____ 20__ року

(підпис відповідальної особи) _____
(прізвище, ініціали)

Додаток 5
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з
медичної практики

**Заява
про анулювання ліцензії**

Заявник _____
(найменування суб'єкта господарювання)

(місцезнаходження суб'єкта господарювання)

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

(прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця)

(місце проживання фізичної особи – підприємця)

(серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий)

Номер телефону _____ електронна адреса _____

Організаційно-правова форма суб'єкта господарювання _____

Спосіб отримання рішення:

Нарочно , поштовим відправленням , в електронному вигляді

Код за ЄДРПОУ _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця) * _____

Реквізити ліцензії: серія _____ № _____

Вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію: медична практика

Прошу анулювати ліцензію за власним бажанням

«___» _____ 20__ року _____
М. П. _____ (підпис заявника) _____ (прізвище, ініціали)

Дата і номер реєстрації заяви «___» _____ 20__ року № _____
_____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (прізвище, ініціали)