|  |
| --- |
| "Додаток 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 13 березня 2019 р. N 215) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

### ЗАЯВА про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

|  |
| --- |
| Спадкоємець \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                             (прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                           (місце реєстрації фізичної особи - підприємця) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                 (місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    (реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія, номер паспорта фізичної особи -                                          підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання                                                  від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)  Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                          (зазначається дата та номер рішення про видачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                         ліцензії, яка переоформляється)  **До заяви додаю такі копії підтвердних документів:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Порядковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис спадкоємця) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) |
|  |  |  |
| Дата і номер реєстрації заяви  \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали)". |