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

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

### ЗАЯВАпро 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, якаприйняла заяву) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ініціали)". |