ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

29.03.2022 912

Вологда

О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» следующие изменения:

дополнить пунктом 13 следующего содержания:

«Заявление о предоставлении лицензии (приложение 13)»;

дополнить пунктом 14 следующего содержания:

«Заявление о предоставлении сведений о лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 14);

приложение 2 к приказу изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

дополнить приложением 13 согласно приложению 2 к настоящему приказу;

дополнить приложением 14 согласно приложению 3 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования

Начальник департамента А.Г. Плотников

Приложение 1
к приказу департамента
здравоохранения области
от 29.03.2022 № 312

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 2)

Форма

Регистрационный номер: _____ от_____
(заполняется лицензирующим органом)

в департамент здравоохранения Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий

№ _____, предоставленной _____,
(наименование лицензирующего органа)

от «____»_____20___г.

в связи с:
_____*реорганизацией юридического лица в форме преобразования
_____* реорганизацией юридических лиц в форме слияния
_____* реорганизацией юридического лица в форме присоединения к другому юридическому лицу
_____*изменением наименования юридического лица, филиала юридического лица или имени, фамилии, отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя

_____*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

_____*изменением адреса места нахождения юридического лица, изменение адреса места нахождения филиала юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя

_____*изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности

_____* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

_____*изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

иными случаями, предусмотренными Федеральным законом:

_____*изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса.

Заявитель

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате, его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Ф.И.О., паспортные данные индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование*	
3.	Фирменное наименование*	
4.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	При намерении лицензиата, его правопреемника внести изменения в предусмотренный реестром лицензией перечень выполняемых работ (услуг), указываются сведения о работах (услугах), выполнение, оказание которых лицензиатом, его правопреемником прекращаются, с указанием даты и адреса деятельности по которому эта деятельность прекращена;	адрес: _____ виды работ (услуг) указываются в приложении 1 к заявлению

	в случае прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным реестром лицензией, указываются адреса, по которым прекращена деятельность и дата, с которой фактически она прекращена. Сведения об измененном адресе (адреса) места осуществления медицинской деятельности при фактически неизменном месте осуществления медицинской деятельности.	основание изменения: _____ _____ адрес: _____
6	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности При намерении лицензиата, его правопреемника осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренного реестром лицензией, указываются этот адрес и сведения, подтверждающие соответствие лицензиата, его правопреемника лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности по этому адресу. При намерении лицензиата, его правопреемника выполнять работы (услуги), составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные реестром лицензией, указываются сведения, подтверждающие соответствие лицензиата, его правопреемника лицензионным требованиям при выполнении данных работ	адрес: _____ виды работ (услуг) указываются в Приложении 1 к заявлению сведения, подтверждающие соответствие лицензиата, его правопреемника лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности: а) сведения, подтверждающие наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости. В случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях указываются в Приложении 2 к заявлению б) сведения, подтверждающие наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг): _____ _____ в) сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений,

		необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг): №_____ дата_____ орган, выдавший документ _____ г) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), указываются в приложении 3 к заявлению; д) сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения указываются в приложении 4 к заявлению; е) сведения, подтверждающие наличие у лицензиата работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности: _____
7.	ОГРН	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц, Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование регистрирующего органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____

9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке лицензиата, его правопреемника на учет в налоговом органе	_____ (наименование налогового органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
11.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре юридических лиц, Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование регистрирующего органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
12.	Контактный телефон, адрес электронной почты	
13.	Направление в электронной форме информации по вопросам внесения изменений в реестр лицензий	___ * требуется на адрес электронной почты; ___ * не требуется (выбрать и отметить нужное)
14	Форма получения копии описи	___ * в форме электронного документа на адрес электронной почты ____ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ____ * в электронной форме с использованием Единого портала ____ *лично (выбрать и отметить нужное)
15	Форма получения уведомления о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют	____* в форме электронного документа на адрес электронной почты ____ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении _____ * лично (выбрать и отметить нужное)
16.	Направление выписки из реестра лицензий	___ * требуется ___ * не требуется (выбрать и отметить нужное)
17.	Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий	___ * в форме электронного документа на адрес электронной почты ___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ____ * лично (выбрать и отметить нужное)
18.	Наличие технической возможности использования при проведении выездной оценки	___ * ДА ___ * НЕТ

	средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи	(выбрать и отметить нужное)

**нужное указать*

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

Просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности на перечень работ (услуг) согласно приложению 1 к заявлению.

Достоверность сведений в представленных заявлении, приложениях к заявлению 2 - 5 и прилагаемых документах, подтверждаю.

« ___ » _____ 20 ___ г.

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий

**Перечень заявляемых/прекращаемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность**
(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____
_____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Примечание

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М. П. (при ее наличии)

---

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 2
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий

Сведения
о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости

Наименование документа	Орган, выдавший документ	Субъект (субъекты) права	Вид права	Объект права с указанием адреса и площади помещения	Дата выдачи	№ документа

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 3
к заявлению о внесении
изменений в реестр
лицензий

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения, утвержденным порядками оказания медицинской помощи)	Сведения о регистрационных удостоверениях	
		номер	дата регистрации

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 4
к заявлению о внесении
изменений в реестр
лицензий

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

_____

(наименование и адрес учреждения. Ф.И.О. индивидуального предпринимателя. Сведения о работниках предоставляются на каждый обособленный объект)

Наименование работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	Должность	Фамилия, имя, отчество	Сведения об образовании
			Диплом: дата, №, специальность, кем выдан. Интернатура (ординатура): дата, №, специальность, кем выдан. Переподготовка: дата, №, специальность, кем выдан. Сертификат: дата, №, специальность, кем выдан. Аккредитация: дата, специальность, кем выдан. Повышение квалификации: дата, №, тема программы, кем выдан.

(специалист отдела кадров - Ф.И.О., подпись)

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при наличии)»

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Форма

Приложение 5
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий

Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) и федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))*

В ФРМО и ФРМР внесены сведения о медицинской организации (или индивидуальном предпринимателе) и о медицинских работниках

_____
(наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 г. № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в ФРМО

_____

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя) (подпись)

М. П. (при ее наличии)

* В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

».

Приложение 2
к приказу департамента
здравоохранения
области
от 29.03.2022 № 312

«Утверждена
приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 13)
Форма

Регистрационный номер:_____ от _____

в департамент здравоохранения Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование* юридического лица	
3.	Фирменное наименование* юридического лица	
4.	Организационно-правовая форма юридического лица	
5.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
7.	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса) и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности	1. 2. 3.

8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе - в ЕГРИП)	_____ (наименование регистрирующего органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика	
11.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	_____ (наименование налогового органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
12.	Контактный телефон (факс)	
13.	Адрес электронной почты	
14.	В случае не соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям в отношении отдельных работ, услуг предоставить лицензию на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки	_____ ДА _____ НЕТ
15.	Направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования	____* требуется на адрес электронной почты _____ ____* не требуется
16.	Форма получения копии описи	___ * в форме электронного документа на адрес электронной почты ____ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ____ * в электронной форме с использованием Единого портала _____ ____ *лично
17	Форма получения уведомления о	____* в форме электронного документа на

	необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют	адрес электронной почты ____ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении _____ * лично
18.	Направление выписки из реестра лицензий	___ * требуется ___ * не требуется
19.	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	___ * в форме электронного документа на адрес электронной почты ___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении _____ * лично

* *Нужное указать.*

в лице _____

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на перечень работ (услуг) согласно приложению 1 к заявлению.

Достоверность сведений, в представленных заявлении, приложениях 2 - 6 к заявлению и прилагаемых документах, подтверждаю.

« ___ » _____ 20 ___ г.

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Перечень заявляемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность
(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____
_____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Примечание

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М. П. (при ее наличии)

---

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 2
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения
о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости

Наименование документа	Орган, выдавший документ	Субъект (субъекты) права	Вид права	Объект права с указанием адреса и площади помещения	Дата выдачи	№ документа

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 3
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения, утвержденным порядками оказания медицинской помощи)	Сведения о регистрационных удостоверениях	
		номер	дата регистрации

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 4
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

_____

(наименование и адрес учреждения. Ф.И.О. индивидуального предпринимателя. Сведения о работниках предоставляются на каждый обособленный объект)

Наименование работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	Должность	Фамилия, имя, отчество	Сведения об образовании
			Диплом: дата, №, специальность, кем выдан Интернатура (ординатура): дата, №, специальность, кем выдан Переподготовка: дата, №, специальность, кем выдан Сертификат: дата, №, специальность, кем выдан Аккредитация: дата, специальность, кем выдан Повышение квалификации: дата, №, тема программы, кем выдан

(специалист отдела кадров - Ф.И.О., подпись)

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М. П. (при наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 5
к Заявлению о предоставлении
лицензии

Сведения
о наличии выданного в установленном порядке
санитарно-эпидемиологического заключения
о соответствии санитарным правилам зданий,
строений, сооружений и (или) помещений,
необходимых для выполнения
заявленных работ (услуг)

_____

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, адрес осуществления деятельности)

Разрешенные виды работ (услуг)	№ документа	Дата выдачи	Орган, выдавший документ

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М.П.(при наличии).

Приложение 6
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) и федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))*

В ФРМО и ФРМР внесены сведения о медицинской организации (или индивидуальном предпринимателе) и о медицинских работниках

_____

(наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в ФРМО

_____

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Приложение 3
к приказу департамента
здравоохранения области
от 29.03.2022 №312

«Утверждено
приказом
Департамента здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 14)

В департамент здравоохранения
Вологодской области
От _____

Адрес электронной почты
_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений о лицензии на осуществление медицинской деятельности

Прошу предоставить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

_____
(Номер, дата регистрации лицензии и (или)

_____
полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

Форма и способ получения выписки из реестра лицензий	___* непосредственно заявителю; ___ * направить на адрес электронной почты; ___ * в форме электронного документа через ЕПГУ

**нужное указать*

«_____» _____ 20___ г _____ _____»
(подпись) (Ф.И.О.)