Приложение 3

к Административному регламенту...

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | В Комитет по здравоохранению  Ленинградской области | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о представлении выписки из реестра лицензий | | | | |
| Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении: | | | | |
| 1 | Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя) | |  |
| 2 | Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя) | |  |
| 3 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | |  |
| 4 | Индивидуальный номер налогоплательщика | |  |
| 5 | Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") | | Лицензия N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года |

|  |  |
| --- | --- |
| (ФИО, должность уполномоченного представителя юридического лица) | |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |
|  | (подпись) |
|  | МП  (при наличии) |