



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 04.03 2022 № 22-н

г. Саратов

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий», статьей 9 Федерального закона от 27 декабря 2019 года № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852, Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2022 года № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», приказами Росздравнадзора от 28 октября 2020 года № 9936 «Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» и постановлением Правительства Саратовской области от 1 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования медицинской

деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

1.1 заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 1;

1.2 заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий согласно приложению № 2;

1.3 заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 3.

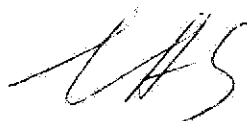
2. Признать утратившими силу приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 6 сентября 2021 года № 214-П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования медицинской деятельности».

3. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Первый заместитель министра



Е.А. Степченкова

Регистрационный номер _____

от _____

(заполняется министерством здравоохранения Саратовской области)

В министерство здравоохранения Саратовской области

Заявление

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ года, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <*>;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <***>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование		

	юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (индивидуального предпринимателя)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуального предпринимателя)	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
9.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан _____</p> <p style="text-align: center;">(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата _____</p> <p style="text-align: center;">(дата выдачи документа)</p>	

10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	(орган, принявший решение) Реквизиты документа	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	<p><****> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности</p> <p><****> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг</p>		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение № 3 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение № 4 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	

14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<****> Не требуется <****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (индивидуального	

	предпринимателя)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуального предпринимателя)	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение № 1 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение № 2 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
11.	Сведения о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения информации о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) и о заключивших с соискателем лицензии (лицензиатом) трудовые договоры работников, в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2022 года № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»	<p>Приложение № 6 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности</p> <p>Приложение № 7 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности</p>
12.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
12.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата	<p>_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ)</p>

	<p>на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
12.2	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>_____</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
13.	<p>Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»</p>	
14.	<p>Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
15.	<p>Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
16.	<p>Форма получения уведомления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>	<p><****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><****> В форме электронного документа</p>
17.	<p>Необходимость получения сведений из реестра лицензий</p>	<p><****> Не требуется</p> <p><****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><****> В форме электронного документа</p>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ года

(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Данное основание внесения изменений в реестр лицензий распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<***> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

<****> Нужно указать.

Приложение № 1
к Заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением указанной
деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ года

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 2
к Заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

« _ » _____ 20__ года

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 3
к Заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Перечень
адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии, деятельность по которым лицензиатом
прекращается

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ года

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4
к Заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения
о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом
прекращается

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ года

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 5
к Заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в министерство здравоохранения Саратовской области нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, внесении изменений в реестр лицензий, не содержащих перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <***>;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2.	Доверенность на право представления интересов юридического лица	

II. В связи с (нужное указать):

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность,

не предусмотренному лицензией.

п/п	Наименование документов<*>	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
4.	Доверенность	
*		
*		
*		
*		

Документы сдал
лицензиат (уполномоченный представитель
лицензиата)

Документы принял
должностное лицо министерства здравоохранения
Саратовской области

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий номер _____

Количество листов _____

<*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающие сведения, указанные в заявлении.

<*> Данное основание внесения изменений в реестр лицензий распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Приложение № 6
к Заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения

о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения информации о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) и о заключивших с соискателем лицензии (лицензиатом) трудовые договоры работников, в составе, установленном

Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2022 года № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» <*>

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия	Инвентарный номер
1	2	3	

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

« _ » _____ 20__ года

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

Приложение № 7
к Заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения

о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения информации о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) и о заключивших с соискателем лицензии (лицензиатом) трудовые договоры работников, в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2022 года № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» <*>

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	ФИО	СНИЛС
1	2	3

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ года

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Информация отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

В министерство здравоохранения Саратовской области

**Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра
лицензий в отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление
медицинской деятельности, выданной _____.

(наименование лицензирующего органа)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

« » _____ 20 года

Регистрационный номер:

от

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Саратовской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных
в результате предоставления государственной услуги
документах <*>

Наименование юридического лица _____
Адрес места нахождения юридического лица _____
ИНН _____
ОГРН _____
Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____ на осуществление медицинской деятельности,
выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

Руководитель юридического лица _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)), (подпись/усиленная
квалифицированная электронная подпись)

« » _____ 20 года

<*> К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат
исправлению.