



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

13 апреля 2021 г.

№ 366-0

г. Салехард

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 14 апреля 2021 года
Регистрационный № 157

О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-О

В целях приведения нормативного правового акта Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с законодательством Российской Федерации
п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-О «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа 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»)».

Директор департамента

С.В. Новиков

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 апреля 2021 года № 366-О

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-О

1. Пункт 1.17 признать утратившим силу.
2. Дополнить пунктом 1.19 следующего содержания:
«1.19. заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 19.».
3. Приложение № 1, утвержденное указанным приказом изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 апреля 2021 года № 366-О)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ ОТ _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении 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»)

1.	Организационно-правовая форма	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
6.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
	Данные документа о постановке	

10.	соискателя лицензии на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
11.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 1 к заявлению о предоставлении 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») (далее – заявление о предоставлении лицензии)
12.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему 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 органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 3 к заявлению о предоставлении лицензии
14.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и	_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа)

	(или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	_____
		(серия и номер бланка)
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____
		(контактный телефон)

		(адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____
		(контактный телефон)

		(адрес электронной почты)
17.	Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности и уведомления о предоставлении лицензии	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа
18.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии

<*> Нужно указать.

В лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или
уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

МП (при наличии)

Приложение № 1

к заявлению о предоставлении
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»)

СВЕДЕНИЯ

об адресе(ах) мест(а) осуществления деятельности с перечнем
заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской
деятельности

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
1	2	3

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении
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»)

ОПИСЬ документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему 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	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации и подтверждающих стаж работы) руководителя или его заместителя по медицинской деятельности	
5.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования,	

1	2	3
	аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8.	Доверенность	

Документы сдал

соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии/:

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

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего
органа:

(фамилия, имя, отчество (последнее –
при наличии), должность, подпись)
Дата _____

Входящий № _____
МП

Приложение № 3

к заявлению о предоставлении
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»)

СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Регистрационное удостоверение медицинских изделий	
		номер, дата	срок действия
1	2	3	4

Наименования медицинского изделия (далее - МИ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня МИ, находящихся на оснащении, соответствовать наименованиям МИ в паспорте и наименованиям МИ в регистрационных удостоверениях.

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____ .

4. Приложение № 2, утвержденное указанным приказом изложить в следующей редакции:

«Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-о
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от _____ 2021 года № _____)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении 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»)

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

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- < * > реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- < * > реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- < * > изменением наименования юридического лица;
- < * > изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- < * > изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- < * > изменением адреса места нахождения юридического лица;
- < * > изменением места жительства индивидуального предпринимателя.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	2	3	4
1.	Организационно-правовая форма юридического лица		
2.	Полное наименование юридического лица		
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый		

1	2	3	4
	индекс)		
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)		
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр индивидуальных	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	

1	2	3	4
	предпринимателей		
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
13.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	_____ (орган, принявший решение) реквизиты документа _____	
14.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 1 к заявлению о переоформлении 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») (далее – заявление о переоформлении лицензии)	
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)	
17.	Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности и	< * > На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. < * > В форме электронного документа	

1	2	3	4
	уведомления о переоформлении лицензии		
18.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии	

II. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;

<*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

<*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
	Государственный регистрационный	

8.	номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 1 к заявлению о переоформлении лицензии
11.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему 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 органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
12.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 3 к заявлению о переоформлении лицензии
13.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)
14.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон)

		(адрес электронной почты)
16.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа
17.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии

<*> нужное указать

В лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

действующего на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г.
МП (при наличии) _____
(подпись)

Приложение № 1

к заявлению о переоформлении 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»)

СВЕДЕНИЯ

об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг) <*>

п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности
-----	--	--

1	2	3

СВЕДЕНИЯ

об адресах мест осуществления медицинской деятельности
с перечнем заявляемых работ (услуг) и работах (услугах),
которые лицензиат прекращает выполнять

п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять
1	2	3

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к заявлению о переоформлении
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»)

ОПИСЬ документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)
представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление

медицинской деятельности

п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии 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), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
6.	Доверенность	

<*> Документы представляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по новому адресу (не указанному в лицензии) либо выполнять новые работы (услуги).

Документы сдал

лицензиат/представитель
лицензиата/:(фамилия, имя, отчество (последнее – при
наличии), должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего
органа:(фамилия, имя, отчество (последнее – при
наличии), должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

МП

Приложение № 3

к заявлению о переоформлении
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»)

СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность < * >

(наименование лицензиата и адрес места
осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Регистрационное удостоверение медицинских изделий	
		номер, дата	срок действия

1	2	3	4

Наименования медицинского изделия (далее - МИ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня медицинской техники, находящейся на оснащении, и соответствовать наименованиям МИ в паспорте, наименованиям МИ в регистрационных удостоверениях.

(печать (при наличии) и подпись руководителя лицензиата)

« ____ » _____

<*> Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.».

5. Дополнить Приложением № 19 следующего содержания:

«Приложение № 19

УТВЕРЖДЕНО

приказом департамента

здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 октября 2021 года № 366 - О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ ОТ _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

Адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

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 учреждения или ИП)

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

«_____» _____ 20__ г.

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