**Сведения о наличии права на осуществление медицинской деятельности**

**на объекте по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(только для медицинских организаций)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид документа | Наименование  лицензиата,  его юридический адрес | Кем предоставлена лицензия | Регистрационный номер лицензии | Дата начала и окончания срока действия лицензии | Адрес места осуществления медицинской деятельности (в соответствии с лицензией), наименование обособленного подразделения медицинской организации |
| Лицензия |  |  |  |  |  |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП (при наличии), подпись