*МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ*

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА  
про отримання ліцензії на провадження   
господарської діяльності з медичної практики

**Здобувач ліцензії**

*Петренко Петро Петрович*

(найменування юридичної особи/прізвище, ім’я, по батькові фізичної особи — підприємця)

*21000, Вінницька обл., місто Вінниця, вул. Українська, будинок 55, квартира 55*

(місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи — підприємця)

*21000, Вінницька обл., місто Вінниця, вул. Незалежності, будинок 77*

(місце (місця) провадження медичної практики)[[1]](#footnote-1)

*1112223334*

(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб-підприємців — ідентифікаційний код або серія, номер паспорта фізичної особи — підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)

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

(прізвище, ім’я, по батькові керівника юридичної особи)

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення (підкреслити):** | | |
| нарочно | поштовим відправленням | в електронному вигляді |
| **Спосіб отримання ліцензії (підкреслити):** | | |
| нарочно | поштовим відправленням | в електронному вигляді |

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності»).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «*5*» *січня* 2023 р. | *Петренко* (підпис здобувача ліцензії)  МП (за наявності) | *П. П. Петренко*  (прізвище, ініціали) | |
| Дата і номер реєстрації заяви | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

1. Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики. [↑](#footnote-ref-1)