

Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «__» _____ 2015 г № _____

В Министерство здравоохранения
Калининградской области

Заявление

о предоставлении дубликата/копии 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»)*

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации
индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной
Министерством здравоохранения Калининградской области (Службой по контролю качества медицинской
помощи и лицензированию Калининградской области).

Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата
лицензии _____

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/(Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица/индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г.

подпись

М.П.

* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

*в случае порчи лицензии к заявлению о предоставлении дубликата лицензии прилагается испорченный
бланк лицензии