

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении
лицензии на медицинскую деятельность

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименованием органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(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.

М.П.

(подпись)

***Примечание:**

- при заявлении нескольких видов работ (услуг) (с разделением по каждому виду работ (услуг)
- при заявлении работ (услуг) по нескольким адресам (с разделением по адресам мест осуществления деятельности)