

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «__» _____ 2015 г № ____

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения
Калининградской области

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)

В связи с (нужное выделить):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

изменением наименования лицензиата;

изменением адреса места нахождения лицензиата;

изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном

адресе места осуществления лицензируемого вида деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если		