

Приложение № 4
к заявлению о переоформлении лицензии
на медицинскую деятельность

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

В связи с (нужное указать):

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;
истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования, которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	

II. В связи с (нужное указать):

изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности (новый адрес, ранее не указанный в лицензии на осуществление медицинской деятельности);

изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (новые работы (услуги), ранее не указанные в лицензии на осуществление медицинской деятельности);

№ п/ п	Наименование документов	Количество о листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином	