

от « » 2015 г. №

заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения
Калининградской области

Заявление

(наименование лицензирующего органа)

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 имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица/ индивидуального предпринимателя с указанием почтового индекса	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>