

	на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	<div>_____</div> Дата документа <div>_____</div> Номер документа <div>_____</div>
8.	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
10.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
11.	<*> в связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности (новый адрес, ранее не указанный в лицензии на осуществление медицинской деятельности); <*> в связи с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (новые работы (услуги), ранее не указанные в лицензии на осуществление медицинской деятельности)	
11.1	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.2	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа, выдавшего документ _____ Наименование документа _____ Дата документа _____ Номер документа _____ Кадастровый (или условный) номер _____
11.3	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа, выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
11.4	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования,	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с