

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на \_\_\_\_ л. в 1 экз.

Должность

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Ф.И.О. должностного лица

Исполнитель

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., телефон)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*> Нужно указать.