

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА
про отримання ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики**

**Здобувач ліцензії ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТОМАТОЛОГІЯ
МАЙБУТНЬОГО»**

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи — підприємця)

01001, місто Київ, ВУЛИЦЯ ХРЕЩАТИК, будинок 3, квартира 7

(місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи — підприємця)

01601, місто Київ, ВУЛИЦЯ САДОВА, будинок 7, приміщення 3

(місце (місця) провадження медичної практики)*

44455566

(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб-підприємців - ідентифікаційний код або серія, номер паспорта фізичної особи — підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення (підкреслити):		
нарочно	поштовим відправленням	в електронному вигляді
Спосіб отримання ліцензії (підкреслити):		
нарочно	поштовим відправленням	в електронному вигляді

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності").

12 квітня 2021 р.

(підпис здобувача ліцензії)

МП(за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

(підпис особи, яка прийняла заяву)

ЗУБЧЕНКО Н.О.

(прізвище, ініціали)

(прізвище, ініціали)

« ___ » _____ 20__ р. № _____

* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.