**Приложение № 15**

**к Административному регламенту**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Угловой штамп  Министерства здравоохранения  Мурманской области |  |  |
|  |  | (фамилия, имя и отчество заявителя, |
|  |  |  |
|  |  | адрес места жительства) |

**Уведомление  
об отказе в выдаче (переоформлении) лицензии**

Министерство здравоохранения Мурманской области в соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности

(указывается полное наименование соискателя лицензии (лицензиата))

по причине наличия оснований, предусмотренных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

(указывается мотивированное обоснование причин отказа и со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов и иных документов, являющихся основанием такого отказа, а если причиной отказа является установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии (лицензиата) лицензионным требованиям, то реквизиты акта проверки соискателя лицензии (лицензиата))

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_