**Приложение № 2**

**к Административному регламенту**

Приложение № 1 к заявлению

**Перечень**

**заявляемых работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя))

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

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