**Приложение № 11**

**к Административному регламенту**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения**

**Мурманской области**

**Заявление**

**о прекращении лицензии на осуществление медицинской деятельности**

**(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями**

**и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения,**

**на территории инновационного центра "Сколково")** [**<\*>**](#Par169)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма |  |
| 2. | Полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 6. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц.  Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа,  выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 9. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа,  выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность |  |
| 11. | Дата фактического прекращения медицинской деятельности |  |
| 12. | Контактный телефон лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется) |  |
| 13. | Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа | [<\*\*>](#Par1258) На бумажном носителе (лично).  [<\*\*>](#Par1258) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  [<\*\*>](#Par1258) В форме электронного документа |

К заявлению о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 1.

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

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

--------------------------------

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное указать.

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