**Приложение № 13**

**к Административному регламенту**

**В Министерство здравоохранения**

**Мурманской области**

**Заявление**

**о предоставлении дубликата/копии 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»)** [**<\*>**](#Par1793)

(полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства

индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии, (дата, номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности:

(Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель)

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

(подпись)

М.П.

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

<\*> Далее - медицинская деятельность.

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