**Приложение № 7**

**к Административному регламенту**

Приложение № 1 к заявлению

**Перечень**

**осуществляемых и (или) прекращаемых работ (услуг)<\*\*>,**

**составляющих медицинскую деятельность**

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

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

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

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

(подпись)

М.П.

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