Приложение 15

к приказу Департамента здравоохранения

Ивановской области

от 30.12.2020 № 241

Форма

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Регистрационный номер:** |  |  **от** |  |

 (заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения

Ивановской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах\***

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

ИНН

ОГРН

Адрес электронной почты

Прошу исправить в лицензии № от на осуществление медицинской деятельности, выданной

 (наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

 Руководитель юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)),

 (подпись/усиленная квалифицированная

 электронная подпись)

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

\*К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки, в которых подлежат исправлению