Приложение 13

к приказу Департамента здравоохранения

Ивановской области

от 30.12.2020 № 241

Форма

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

заполняется Департаментом здравоохранения Ивановской области

В Департамент здравоохранения

Ивановской области

Заявление

о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в

частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)\*

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-000000 от «\_\_01\_\_\_» \_января\_\_ 20\_19\_ г., предоставленная Департаментом здравоохранения Ивановской области

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма юридического лица /  или Индивидуальный предприниматель | Общество с ограниченной ответственностью |
| 2. | Полное наименование юридического лица | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 2.1 | Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | ООО «МИР» |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | 153000, Ивановская область,  г. Иваново, ул. Мира, д. 5 |
| 6. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | 1012345678901 |
| 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 | *\_\_\_*Свидетельство о государственной регистрации юридического лица*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(наименование документа)*  Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи (регистрации) \_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи \_\_\_\_\_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_37\_\_\_\_№ 000000\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика | 7716000000 |
| 9. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | *\_*Свидетельство о постановке на учет российской организации по месту нахождения на территории Российской Федерации *\_*  *(наименование документа)*  Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново \_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_10.01.2010\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_\_37\_\_\_№ \_\_\_000000\_\_\_\_ |
| 10. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность | 153000, Ивановская область,  г. Иваново, ул. Мира, д. 5, пом. 1002  При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  лабораторной диагностике;  при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  клинической лабораторной диагностике  организации здравоохранения и общественному здоровью. |
| 11. | Дата фактического прекращения медицинской деятельности | 15.12.2020 |
| 12. | Контактный телефон руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя и официальный адрес электронной почты юридического лица / индивидуального предпринимателя | 8 (4932) 000-00-00  (контактный телефон)  glvrach@cbol.ru  (адрес электронной почты) |
| 13. | Контактный телефон лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата | (контактный телефон) |
| 14. | Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности | [**<\*\*>**](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**  [<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |
| 14. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) Не требуется  [**<\*\*>**](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**  [<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

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

(подпись)

М.П.

(при наличии)

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

\*\* Нужное указать.