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. 1002При 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 диагностикеорганизации 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.