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) Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная больница»

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя) 153000, Ивановская область, Ивановский район, г. Кохма, ул. Первая, д. 5

ИНН 3700000001

ОГРН 1012345678901

Адрес электронной почты 0000000@mail.ru

Прошу исправить в лицензии № ЛО-37-01-000000 от «01» января 2012 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Департаментом здравоохранения Ивановской области

 (наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

В адресе места осуществления деятельности 153000, Ивановская область, Ивановский район,

г. Кохма, ул. Первая, д. 5, стр. 2, эт. 1, пом. 7-24 пропущена работа (услуга) «физиотерапия» (при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях), указанная в акте проверки от 12.01.2020 № 45М-20.

Главный врач Иванов Иван Иванович

 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