Приложение № 3 к Административному регламенту Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

Форма

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

заполняется Росздравнадзором (территориальным органом Росздравнадзора)

В Федеральную службу по надзору

в сфере здравоохранения

(территориальный орган)

**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»)** [**<\*>**](#P1291)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленная

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица  |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; | (наименование документа)Выдан (наименование органа,выдавшего документ)Дата (дата выдачи документа)(дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | (наименование документа)Выдан (наименование органа,выдавшего документ)Дата (дата выдачи документа)(дата постановки на учет) |
| 9. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность |  |
| 10. | Дата фактического прекращения медицинской деятельности |  |
| 11. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица  | (контактный телефон)(адрес электронной почты) |
| 12. | 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 |
| 13. | 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 |

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

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

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*> Нужное указать