



**КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)**

ПРИКАЗ

15 августа 2022 г.

№ 174н

Волгоград

**О внесении изменения в приказ комитета здравоохранения
Волгоградской области от 11 июля 2022 г. № 146н "Об утверждении форм
документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области
при осуществлении установленных законом полномочий по лицензированию
медицинской деятельности"**

П р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 11 июля 2022 г. № 146н "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области при осуществлении установленных законом полномочий по лицензированию медицинской деятельности" (далее – Приказ № 146н) следующее изменение:

1.1. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности из единого реестра лицензий, утвержденное Приказом № 146н, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Гаврилову М.А.

Председатель комитета



А.И. Себелев

ПРИЛОЖЕНИЕ
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 174н

"ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

от _____
(ФИО лица, обратившегося за получением сведений)

**Заявление
о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление
медицинской деятельности из единого реестра лицензий**

Прошу предоставить сведения из единого реестра лицензий о конкретной
лицензии на осуществление медицинской деятельности юридического
лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Организационно-правовая форма юридического лица*	
	Полное наименование юридического лица*	
	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя* (в случае, если известны)	
	Наименование иностранного юридического лица (в случае, если известно)	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если известно)	

2.	Адрес места нахождения юридического лица* Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации Адрес места жительства (регистрации) индивидуального предпринимателя* (в случае, если известны)	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя* (в случае, если известны)	
4.	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если известны)	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
5.	Идентификационный номер налогоплательщика* (в случае, если известен)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица (в случае, если известны)	ИНН _____ код _____
7.	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (в случае, если известны)	
8.	Контактный телефон, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
9.	Вид запрашиваемых сведений о конкретной лицензии	Выписка из реестра лицензий либо в случае отсутствия в реестре лицензий сведений о лицензиях или при невозможности определения конкретного лицензиата - справка об отсутствии запрашиваемых сведений Копия акта лицензирующего органа о принятом решении (указать запрашиваемый акт**) (нужное выделить и подчеркнуть)

* заполняется в отношении юридических лиц (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальных предпринимателей

** решение о предоставлении лицензии, об отказе в предоставлении лицензии, о внесении изменений в реестр лицензий, об отказе во внесении изменений в реестр лицензий, о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись лица)

(Ф.И.О.)

М.П. (при наличии)".