**ОПИСЬ документов,**

**необходимых для представления дубликата лицензии на осуществление медицинской деятельности**

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя

в лице представителя лицензиата,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО, должность

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представил,

 документ, подтверждающий полномочия

а лицензирующий орган - **Комитет здравоохранения Курской области**

принял "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г. за N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы **для получения дубликата лицензии на осуществление медицинской деятельности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
| 1 | Заявление о получении дубликата лицензии. |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии (в случае, если имеется). |  |
| 4 | Доверенность на лицо, представляющее документы для получения дубликата лицензии. |  |

Документы сдал: Документы принял:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность, подпись, ФИО, должность, подпись,

 МП(при наличии)МП (при наличии)

Представитель лицензиата

по доверенности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Подпись