В Министерство здравоохранения

Чеченской Республики

 (сектор лицензирования)

**Заявление**

**о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Государственное бюджетное учреждение «Центральная больница»

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица) 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2

ИНН 7716000000

ОГРН 1012345678901

Адрес электронной почты 0000000@mail.ru

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии № ЛО-00-00-000000 от 01.01.2019 на осуществление медицинской деятельности, выданной

Министерством здравоохранения Чеченской Республики

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |
| --- | --- |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись) |

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.