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)

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

ОГРН

Адрес электронной почты

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на осуществление медицинской деятельности, выданной

(наименование лицензирующего органа)

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

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.