[**В МИНИСТЕРСТВО**](#Par325)

[**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**](#Par325)

[**СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**](#Par325)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРЕЧЕНЬ ЗАЯВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,НН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

по результатам оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, просит внести изменения в перечень заявляемых работ (услуг), указанных в заявлении №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. о предоставлении лицензии/внесении изменений в реестр лицензии) при осуществлении

<\*> медицинской деятельности

<\*> фармацевтической деятельности

<\*> деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих [растений](consultantplus://offline/ref=9354813C3B17FFFF8457A82E4BEC3594C7B26885309A9CD0369BF3A9D159D2D8C5B278D1D15210E30A1D6237DE4EF39C23D5C1D0F3CFD32Fm2x5H)

в отношении которых установлено соответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(Ф.И.О. должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](#Par325)

[<\*> Нужное указать.](#Par325)