Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ**

**ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УКАЗАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,**

**ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ДРУГИМИ**

**ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ВХОДЯЩИМИ В ЧАСТНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,**

**НА ТЕРРИТОРИИ ИННОВАЦИОННОГО ЦЕНТРА "СКОЛКОВО")**

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

**I. В связи с:**

[<\*>](#P1216) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

[<\*>](#P1216) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

[<\*>](#P1216) реорганизация юридического лица в форме присоединения;

[<\*>](#P1216) изменением наименования лицензиата;

[<\*>](#P1216) изменением адреса места нахождения лицензиата;

[<\*>](#P1216) изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

[<\*>](#P1216) изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица.Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность |  |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица.Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица,Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата государственной регистрации) |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 8 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, принявший решение)Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности |  |  |
| 10 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя)Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) |  |
| 11 | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | [<\*>](#P754) Направить выписку из реестра лицензий [<\*>](#P754) Не направлять выписку из реестра лицензий |

**II. В связи с:**

[<\*>](#P1216) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

[<\*>](#P1216) изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии;

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

[<\*>](#P1216) прекращением выполняемых работ (услуг);

<\*> изменением наименования деятельности и (или) работ (услуг);

<\*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лицаФамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лицаАдрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лицаГосударственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) |  |
| 8 | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | [<\*>](#P754) Направить выписку из реестра лицензий [<\*>](#P754) Не направлять выписку из реестра лицензий |
| 9 | [<\*>](#P1216) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности[<\*>](#P1216) изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии |
| 9.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги)Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности | [Приложение № 1](#P1222) к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий  |
| 9.2 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа (организации), выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вид права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кадастровый (условный) номер объекта права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер государственной регистрации права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата государственной регистрации права) |
| 9.3 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения, кем выдан) |
| 9.4 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | [Приложение № 2](#P1426) к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий  |
| 10 | Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате» | [<\*>](#P754) Имеется [<\*>](#P754) Не имеется |
| 11 | [<\*>](#P1216) прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии[<\*>](#P1216) прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности |
| 11.1 | Адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность.Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности | [Приложение № 1](#P1222) к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий |
| 11.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии |  |
| 12 | [<\*>](#P1216) изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом\* |
| 12.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг) подлежащих исключению | [Приложение № 1](#P1222) к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий |

*\* пункт 2 постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»*

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

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

(должность, Ф.И.О. 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)

 Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

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

 (Подпись)

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

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

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документы для внесения изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (<\*> нужное указать):

**I. В связи с:**

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;

[<\*>](#P1216) реорганизация юридического лица в форме присоединения;

<\*> изменением наименования лицензиата;

<\*> изменением адреса места нахождения лицензиата;

<\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

<\*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;

<\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность.

<\*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий  |  |
| 2 | Доверенность |  |

**II. В связи с:**

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий |  |
| 2 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости |  |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста  |  |
| 5 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности  |  |
| 6 | Доверенность  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *(реквизиты доверенности)* | М.П. |
| М.П. |  |

Приложение № 1

к заявлению о внесении изменений в реестр

 лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями,

входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАЯВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕКРАЩАЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Перечень работ (услуг), подлежащих исключению из лицензии,**

**в соответствии с пунктом 2 постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852**

**«О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»**

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места осуществления медицинской деятельности  | Перечень работ (услуг), подлежащих исключению из лицензии  |
|  |  |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

|  |  |
| --- | --- |
|  | / |

 (должность, Ф.И.О.) (подпись)

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

Приложение № 2

к заявлению о внесении изменений в реестр

 лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями,

входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

СВЕДЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

 (ОБОРУДОВАНИЯ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ)

|  |
| --- |
|  |

 (наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

|  |
| --- |
|  |

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

1.1. Перечень медицинского оборудования, аппаратов, приборов по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг) в соответствии со стандартами оснащения(по кабинетам) | Наименование медицинских изделий(с указанием торговой марки и модели) | Количество  | Год выпуска | Договор на техническое обслуживание медицинских изделий | Номер, дата регистрационного удостоверения  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1.2. Перечень медицинских инструментов, расходного материала, медицинского белья по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг)(по кабинетам) | Наименование медицинского изделия(с указанием торговой марки и модели) | Количество  | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1.3. Перечень медицинской мебели по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг)(по кабинетам) | Наименование (с указанием торговой марки и модели) | Количество  | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

|  |  |
| --- | --- |
|  | / |

 (должность, Ф.И.О.) (подпись)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  |  « » | . . | 20 г. |

Приложение № 3

к заявлению о внесении изменений в реестр

 лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями,

входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

**Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальностям**

|  |
| --- |
|  |

 (наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

|  |
| --- |
| По адресу места осуществления медицинской деятельности: |

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг) | Ф.И.О. специалиста (врач, медицинская сестра и т.д.)занимаемая должность | Сведения о регистрации специалиста в федеральном регистре медицинских работников (ФРМР) | Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) | Интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка (первичная специализация), сроки, количество часов, место учебы | Сведения о повышении квалификации за последние 5 лет (серия, №, тема, сроки, количество учебных часов, место учебы) | Сертификат специалиста/свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель (индивидуальный предприниматель) |  | / |

 (должность, Ф.И.О.) (подпись)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  |  « » | . . | 20 г. |