



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ

ЛИЦЕНЗИЯ

На осуществление _____
(указывается лицензируемый вид деятельности)

Медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

Настоящая лицензия предоставлена (полному наименованию) (сокращенное наименование, (в том числе фирменное наименование), организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, наименование и реквизиты документа, удостоверяющего его личность)

наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)

**ИП Леванчук Наталья Александровна,
паспорт гражданина Российской Федерации 8611 027132,
выдан Отделом УФМС России по Республике Карелия
в городе Петрозаводске 15.06.2011**

Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица (НЗА)

(заполняется в случае, если лицензиатом является филиал иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации») **номер юридического лица (индивидуального предпринимателя) (ОГРН)**

319100100024921

Идентификационный номер налогоплательщика

100119419200

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо, индивидуальный предприниматель)

Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности (указываются адрес места нахождения (место жительства — для индивидуального предпринимателя) и адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

**185030, Республика Карелия, г. Петрозаводск,
улица Станционная, дом 30, квартира 20**

Адреса мест осуществления деятельности согласно приложению(ям)

Настоящая лицензия предоставлена на срок:



бессрочно



до «_____» _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа –
приказа (распоряжения) от _____ № _____

08

апреля 2020

№

459

Действие настоящей лицензии на основании решения лицензирующего органа –
приказа (распоряжения) от _____ № _____

продлено до _____

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия переоформлена на основании решения лицензирующего органа –
приказа (распоряжения) от _____ № _____

Настоящая лицензия имеет 1 приложение (приложения), являющееся ее неотъемлемой
частью на 1 листах

**Министр здравоохранения
Республики Карелия**



(должность и наименование лица)

(подпись уполномоченного лица)

М.Е. Охлопков

(ф.и.о. уполномоченного лица)