

ЗАЯВА
про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з
медичної практики

Здобувач ліцензії **Фізична особа-підприємець Філоненко Тетяна Владиславівна**
(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)
08720, Київська обл., Обухівський р-н., місто Українка, вулиця Соснова, будинок 6,
квартира 106

(місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи - підприємця)
08702, Київська обл., Обухівський р-н., місто Обухів, вул. Каштанова будинок 14/55
(місце (міся) провадження медичної практики)*
3179119621

(для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців -

ідентифікаційний код або серія, номер паспорта фізичної особи - підприємця,

ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття

реєстраційного номера облікової картки платника податків)

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

e-mail: **tatafyla@gmail.com**

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної
практики.

Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення (підкреслити):

нарочно **поштовим відправленням** в електронному вигляді

Спосіб отримання ліцензії (підкреслити):

нарочно **поштовим відправленням** в електронному вигляді

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання
недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви, є підставою для відмови у
видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України
"Про ліцензування видів господарської діяльності").

"19" 10 2023 р.

(підпис здобувача ліцензії)

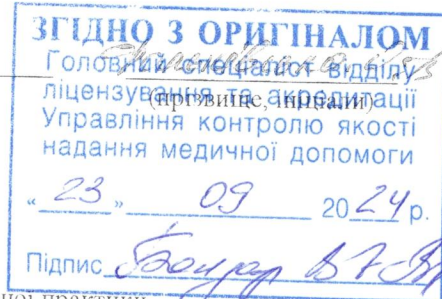
Філоненко Т.В.
(прізвище, ініціали)

Дата і номер реєстрації заяви

МП (за наявності)

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

"14" 10 2023 р. № 1511/0/63-23



* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності з медичної практики.

