Приложение 3
к приказу МЗ КР
от 30.09.2025г. № 1032

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Прошу Вас переоформить лицензию №_____от “_____”_____20_____
_____
(наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
включающий_____
_____
_____
_____
Осуществляющий деятельность по адресу:_____
в связи с _____
на_____
(наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
№_____ от “____”_____20_____ года, включающий_____
_____
_____
_____
_____

Осуществляющий деятельность по адресу:_____
_____
сл. тел. (контакт.): _____ИНН_____
Свидетельство о государственной регистрации _____№_____

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. Для физических лиц- копия свидетельства о гос.регистрации ИП или патент(при необходимости);
2. Для физических лиц — копия документа, удостоверяющего личность (паспорт) (при необходимости);
3. Для юридических лиц-копия свидетельства о гос.регистрации в органах Мин.юстиции КР (при необходимости);
4. Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за переоформление лицензии (квитанция);
5. Доверенность на право подачи завления в случае подачи уполном. представителем заявителя;
6. Опись представленных документов;
7. Копии правоустанавливающих и правоудостоверяющих документов, подтверждающих право собственности либо иное законное основание владения и/или пользования нежилым недвижимым имуществом, предназначенным для осуществления заявленных видов медицинской деятельности (технический паспорт, договор купли-продажи, договор аренды и иные документы) — при необходимости;
8. Документ, подтверждающий соответствие нежилого недвижимого имущества (помещений, кабинетов), используемого для осуществления заявленных видов деятельности, санитарно-эпидемиологическим нормам, правилам и гигиеническим требованиям (акт санитарно-эпидемиологического обследования) — при необходимости;
9. Документы, подтверждающие соответствие медицинской аппаратуры и оборудования требованиям безопасности для пациентов и медицинского персонала (метрологическое заключение, акты поверки, акты режимной комиссии)— при необходимости;
10. Список медицинского персонала, утверждённый руководителем и заверенный печатью юридического лица либо индивидуального предпринимателя;

Ф.И.О._____Подпись _____

Дата _____20____г.

Заявление и все прилагаемые документы принял(а):