

Серия ЛО-11

001284

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ

ЛИЦЕНЗИЯ

№ ЛО - 11- 01- 001437 от « 24 » июля 2015 г.

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»)

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности, в соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»: (указываются в соответствии с перечнем работ (услуг), установленным положением о лицензировании соответствующего вида деятельности)

Согласно приложению (ям)

Настоящая лицензия предоставлена (указывается полное и (в случае, если имеется) 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)

**Государственному общеобразовательному учреждению Республики Коми
«Специальная (коррекционная) школа № 45» г. Ухты (ГОУ РК «С(К)Ш № 45» г. Ухты)**

Основной государственный регистрационный номер юридического лица (индивидуального предпринимателя) (ОГРН) **1021100732509**

Идентификационный номер налогоплательщика **1102007159**

Серия ЛО-11



009132

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к лицензии № ЛО - 11 - 01 - 001437 от « 24 » июля 2015 г.

на осуществление

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

выданной (наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя))

**Государственному общеобразовательному учреждению Республики Коми
«Специальная (коррекционная) школа № 45» г. Ухты**

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы,
оказываемые услуги

169314, Республика Коми, г. Ухта, ул. Бушуева, д. 2.

**«При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу. При
осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при
осуществлении специализированной медицинской помощи по: психиатрии».**

И.о. министра здравоохранения Республики Коми

В.А. Колесников

(подпись уполномоченного лица)

(подпись уполномоченного лица)

(ф.и.о. уполномоченного лица)



Приложение является неотъемлемой частью лицензии

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)

169314, Республика Коми, г. Ухта, ул. Бушуева, д. 2
Адрес 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 _____ № _____

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 **24 июля 2015** № **7/307**

Настоящая лицензия имеет _____ приложение (приложения), являющиеся её неотъемлемой частью на _____ листах

**И.о. министра здравоохранения
Республики Коми**

(должность уполномоченного лица)



(подпись уполномоченного лица)

В.А. Колесников

(ф.и.о. уполномоченного лица)

