

**ЗАЯВА**  
**про переоформлення акредитаційного сертифіката**

Заявник \_\_\_\_\_  
(назва закладу охорони здоров'я)

Форма власності та відомче підпорядкування \_\_\_\_\_

Адреса (адреси) закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ телефон (телефакс) \_\_\_\_\_

в особі \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я та по батькові, посада керівника закладу охорони здоров'я)

просить переоформити акредитаційний сертифікат серії \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

строком дії до \_\_\_\_\_,

виданий \_\_\_\_\_

(назва закладу охорони здоров'я)

у зв'язку із зміною

з " \_\_\_\_\_ "

на " \_\_\_\_\_ "

Перелік документів, що додаються до заяви:

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис керівника закладу)  
М. П.