

Додаток 9
до Ліцензійних умов
Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про припинення повністю або частково дії ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат Товариство з обмеженою відповідальністю «Стоматолог»

(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

01001 м. Київ, вул. М. Грушевського, буд. 7

місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання
(перебування) фізичної особи — підприємця,

45451212

для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта
громадянина України

(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного
номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і
мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

Петренко Олександр Миколайович

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

відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за
наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності),
номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання
відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили
про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та
номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: 0954871514

Адреса електронної пошти ліцензіата: stomat@gmail.com

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності
з медичної практики виданої наказом МОЗ від 20.01.2020 № 45 :

(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

повне: ☒ так ☐ ні

часткове: ☐ так ☐ ні

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога	Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації
1	Київська обл., Обухівський р-н, м. Обухів, вул. Героїв Небесної Соні, буд. 5, нежитлове приміщ.12	спеціалізована медична допомога	анестезіологія, дитяча стоматологія, ортодонтія, ортопедична стоматологія, стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія; за спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа, рентгенологія
2	Київська обл., Вишгородський р-н, м. Вишгород, пр-т Перемоги, буд. 37, офіс 177	спеціалізована медична допомога	дитяча стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія; за спеціальністю молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа

_____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або уповноваженої особи)

Олександр Петренко
(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви
_____ 20__ р. № _____

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

{Ліцензійні умови доповнено додатком 9 згідно з Постановою КМ № 781 від 02.07.2025}