

Территориальный орган Росздравнадзора	
№ 93/00275-4	подпись
дата 01.03.2024	

(отметка о регистрации уведомления в
территориальном органе Федеральной службы по
надзору в сфере здравоохранения
по Донецкой Народной Республике)

В территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере
здравоохранения по Донецкой Народной Республике

(наименование органа государственной власти (его территориального органа), в который представляется
уведомление)

УВЕДОМЛЕНИЕ
об осуществлении медицинской деятельности (за исключением
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»), которое
допускается с 1 марта 2024 г. без получения лицензии

от «__» _____ 20__ г.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ №3 Г. МАКЕЕВКИ», ГБУ «ЦПМСП №3 Г.МАКЕЕВКИ»

(полное и сокращенное (при наличии), в том числе фирменное (при наличии), наименование юридического лица
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

ИНН: 9311019554, ОГРН: 1229300147713

идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), основной государственный регистрационный номер
юридического лица или основной государственный регистрационный номер (ОГРН)

номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРИП)

РОССИЯ, ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСП., МАКЕЕВКА Г.О., МАКЕЕВКА Г., ЛЕНИНА УЛ.,
Д. 140/3

адрес юридического лица, в том числе адреса филиалов и представительств юридического лица

РОССИЯ, ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСП., МАКЕЕВКА Г.О., МАКЕЕВКА Г., ЛЕНИНА УЛ.,
Д. 140/3

РОССИЯ, ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСП., МАКЕЕВКА Г.О., МАКЕЕВКА Г., ЯСИНОВКА
ПГТ., ЛЕНИНА УЛ., Д. 83

РОССИЯ, ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСП., МАКЕЕВКА Г.О., МАКЕЕВКА Г., 8 СЕНТЯБРЯ
БУЛ., Д. 7Б

РОССИЯ, ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСП., МАКЕЕВКА Г.О., МАКЕЕВКА Г., ЯРОШЕНКО
УЛ., Д. 17

адрес мест фактического осуществления заявленного вида (видов) деятельности юридического лица или
индивидуального предпринимателя

уведомляет об осуществлении

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

(вид (виды) деятельности)

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность* (см. Приложение к уведомлению)

и выполняемые в составе вида (видов) деятельности работы и (или) услуги, указываемые в соответствии перечнями выполняемых работ, оказываемых услуг, предусмотренными для соответствующего вида (видов) деятельности)

и подтверждает свое соответствие временным обязательным требованиям**

(**нужное выделить)

☐ копии документов, подтверждающих наличие у заявителя принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, земельных участков, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре, в уведомлении указываются сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, земельных участках), принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании транспортных средств, необходимых (используемых) для выполнения заявленных работ, - в случае, если временными обязательными требованиями установлены требования к наличию у заявителя таких зданий, строений, сооружений и (или) помещений, земельных участков, транспортных средств на _____ л.

☐ перечень принадлежащего заявителю на праве собственности или на ином законном основании оборудования, необходимого для выполнения заявленных работ (услуг), - в случае, если временными обязательными требованиями установлены требования к наличию у заявителя такого оборудования на _____ л.

☐ копии документов, подтверждающих наличие у персонала заявителя или привлекаемых заявителем по гражданско-правовому договору лиц соответствующего профессионального образования, сертификатов, свидетельств, аттестатов или стажа работы по специальности, - в случае, если временными обязательными требованиями установлены требования к наличию у персонала заявителя или привлекаемых им лиц соответствующего профессионального образования, сертификатов, свидетельств, аттестатов или стажа работы по специальности на _____ л.

(перечень прилагаемых к уведомлению документов, подтверждающих возможность соблюдения юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем временных обязательных требований)

Главный врач

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица, лица,
представляющего интересы
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

Л.Ф. Шакова

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица, лица, представляющего
интересы юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

