

Приложение 6  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «28» февраля 2022 г. № 180

Департамент здравоохранения  
города Москвы

Регистрационный номер:

\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(заполняется лицензирующим органом)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

по лицензии от «11» марта 2016 г. регистрационный № ЛО-77-01-XXXXXX  
предоставленной Департаментом здравоохранения города Москвы  
(наименование лицензирующего органа)

№ п\п	Наименование сведений	Сведения о заявителе
1	2	3
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя  Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного	<b><u>Общество с ограниченной ответственностью</u></b> <b><u>Общество с ограниченной ответственностью «XXXX»</u></b>  _____ (полное наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)   _____ (наименование иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица)

№ п\п	Наименование сведений	Сведения о заявителе
	медицинского кластера)	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	<b><u>ООО «XXXX»</u></b> (сокращенное наименование юридического лица)
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	<b><u>Общество с ограниченной ответственностью «XXXX»</u></b> (фирменное наименование юридического лица)
4.	Адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя	Адрес: <b><u>120015, г. Москва, ул. Сиреневая, д. 20</u></b>
5.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	Государственный регистрационный номер: <b><u>115XXXXXXXXXX</u></b> (записи о создании юридического лица/ записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)  _____
6.	Идентификационный номер налогоплательщика  Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	ИНН <b><u>77XXXXXXXX</u></b>  _____
7.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	Дата: <b><u>1 марта 2022 г.</u></b>

№ п\п	Наименование сведений	Сведения о заявителе
8.	Номер телефона, адрес электронной почты	Телефон: <u>8-495-XXX-XX-XX</u> Электронная почта: <u>xxxx@gmail.com</u>

**Генеральный директор А.А. Соколов**

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)