

Ձև N 1

ՀՀ զինանշանի պատկերը
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Լ Ի Ց Ե Ն Զ Ի Ա Կ - X X - 0 0 0 0 0 0

Տրված _____ 20 թ.

Բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակը -----

Բժշկական օգնության և սպասարկման ձևը (արտահիվանդանոցային, հիվանդանոցային)

Իրավաբանական անձի անվանումը -----

Իրավաբանական անձի գործունեության իրականացման վայրը-----

Գործողության ժամկետը՝ անժամկետ:

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

(ստորագրությունը)

Կ.Տ.

ՀՀ զինանշանի պատկերը
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
Լ Ի Ց Ե Ն Զ Ի Ա Ա- X X - 0 0 0 0 0 0

Տրված _____ 20 թ.

Բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակը -----

Բժշկական օգնության և սպասարկման ձևը (արտահիվանդանոցային, հիվանդանոցային)

Անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը, հայրանունը -----

Անհատ ձեռնարկատիրոջ գործունեության իրականացման վայրը -----

Գործողության ժամկետը՝ անժամկետ:

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

(ստորագրությունը)

Կ.Տ.

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ

Դ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

Ձև N 1

ՀՀ առողջապահության նախարարության
լիցենզավորման հանձնաժողովի նախագահ

-----ին
(անունը, հայրանունը, ազգանունը)

Հ Ա Յ Տ

ԼԻՑԵՆԶԻԱ ՄՏԱՆԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

1. Իրավաբանական անձի (կազմակերպության) անվանումը-----
2. Կազմակերպական-իրավական ձևը -----
3. Գործունեության իրականացման վայրը-----
4. Գտնվելու վայրը-----
5. Գործունեության տեսակը (որին հավակնում է կազմակերպությունը) -----
6. Հարկ վճարողի հաշվառման համարը -----

Կից ներկայացվող փաստաթղթերը՝

1. Տեղեկանք բժշկական սարքավորումների մասին
2. Տեղեկանք բուժկազմակերպության կառուցվածքի գործառնական ստորաբաժանումների մասին
3. Պետական տուրքի վճարման անդորրագիրը
4. Հարկային մարմնի կողմից տրված տեղեկանք գործունեության իրականացման վայրում հսկիչ-դրամարկղային մեքենա գրանցված լինելու մասին
5. Հիվանդանոցային բուժհաստատությունների դեպքում՝ տեղեկանք համապատասխան բաժանմունքում լիցենզավորվող բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար առկա մահճակալների թվի մասին
6. Անշարժ գույքի սեփականության կամ վարձակալության, կամ անհատույց օգտագործման իրավունքի պետական գրանցման վկայականի պատճենը (ընդգծել)
7. Տեղեկանք տարածքների ազդանշանային համակարգով սարքավորված լինելու մասին (ընդգծել)

Ներկայացված տեղեկությունների իսկությունը
հաստատում եմ _____

(կազմակերպության տնօրենի ստորագրությունը, անունը, հայրանունը, ազգանունը)

_____ 20 թ.

Կ.Տ.

ՀՀ առողջապահության նախարարության
լիցենզավորման հանձնաժողովի նախագահ

-----ին
(անունը, հայրանունը, ազգանունը)

Հ Ա Յ Տ

ԼԻՑԵՆԶԻԱ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

- 1. Անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, հայրանունը, ազգանունը -----
- 2. Բնակության վայրը, հեռախոսահամարը -----
- 3. Անձնագիրը -----
(սերիան և համարը)
- 4. Գործունեության տեսակը (որին հավակնում է անհատ ձեռնարկատերը) -----

- 5. Գործունեության իրականացման վայրը-----
- 6. Հարկ վճարողի հաշվառման համարը և սոցիալական քարտի համարը -----

Կից ներկայացվող փաստաթղթերը՝

- 1. Տեղեկանք բժշկական սարքավորումների մասին
- 3. Տեղեկանք բուժկազմակերպության կառուցվածքի գործառնական ստորաբաժանումների մասին
- 4. Պետական տուրքի վճարման անդորրագիրը
- 5. Հարկային մարմնի կողմից տրված տեղեկանք գործունեության իրականացման վայրում հսկիչ- դրամարկղային մեքենա գրանցված լինելու մասին
- 6. Հիվանդանոցային բուժհաստատությունների դեպքում՝ տեղեկանք համապատասխան բաժանմունքում լիցենզավորվող բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար առկա մահճակալների թվի մասին
- 7. Անշարժ գույքի սեփականության կամ վարձակալության, կամ անհատույց օգտագործման իրավունքի պետական գրանցման վկայականի պատճենը (ընդգծել)
- 8. Տեղեկանք տարածքների ազդանշանային համակարգով սարքավորված լինելու մասին (ընդգծել)

Ներկայացված տեղեկությունների իսկությունը
հաստատում եմ _____
(անհատ ձեռնարկատիրոջ ստորագրությունը, անունը, հայրանունը, ազգանունը)

_____ 20 թ.

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ

Դ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ