



## ЛІЦЕНЗІЯ

Найменування органу ліцензування

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Номер і дата прийняття рішення

**№837 від 10 грудня 2015 р.**

**Переоформлення ліцензії від 11.02.2010 р. серії АГ №603303**

Вид господарської діяльності (повністю або частково)

**Медична практика**

Найменування юридичної особи (її філій, інших відокремлених підрозділів) або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ  
ОБ'ЄДНАННЯ МІНІСТЕРСТВА ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
УКРАЇНИ ПО ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ»**

Код згідно з ЄДРПОУ юридичної особи, реєстраційний номер платника податків ліцензіата – фізичної особи – підприємця або серія, номер та дата видачі паспорта фізичної особи – підприємця, яка через свої релігійні переконання відмовилася від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, повідомила про це відповідний контролюючий орган та має відмітку в паспорті

**08734581**

Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця

**м.Черкаси, вул. Грузиненка, буд. 1**

Посада особи органу ліцензування, яка підписала рішення про видачу ліцензії

**Заступник Міністра**



(підпис керівника органу ліцензування або уповноваженої ним посадової особи)

**М.П.**

**Перегінець І.Б.**

прізвище, ім'я, по батькові