



## ЛІЦЕНЗІЯ

Найменування органу ліцензування

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Номер і дата прийняття рішення

**№872 від 17 грудня 2015 р.**

**Переоформлення ліцензії від 11.03.2010 р. серії АВ №526655**

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 ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ 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

**08734552**

Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця

**м. Тернопіль, вул. О.Культчицької, буд. 3**

Посада особи органу ліцензування, яка підписала рішення про видачу ліцензії

**Заступник Міністра**

**Перегінець І.Б.**

(підпис керівника органу ліцензування або уповноваженої ним посадової особи) прізвище, ім'я, по батькові

**М.П.**

