



## ЛІЦЕНЗІЯ

Найменування органу ліцензування

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Номер і дата прийняття рішення

**№837 від 10 грудня 2015 р.**

**Переоформлення ліцензії від 16.10.2014 р. серії АЕ №571447**

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 ВОЛИНСЬКІЙ 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

**08734463**

Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця

**Волинська обл., м.Луцьк, вул. Чернишевського, 114 Б**

Посада особи органу ліцензування, яка підписала рішення про видачу ліцензії

**Заступник Міністра**

**Перегінець І.Б.**



(підпис керівника органу ліцензування або уповноваженої ним посадової особи)

**М.П.**

прізвище, ім'я, по батькові