

З А Я В Л Е Н И Е

о повторных подготовке и выдаче специального медицинского заключения

Во Владивостокский филиал Федерального государственного бюджетного
научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и
патологии дыхания» - Научно-исследовательский институт медицинской
климатологии и восстановительного лечения

Заказчик

(полное и сокращенное наименования юридического лица, в том числе иностранного,

организационно-правовая форма; для физического лица и индивидуального предпринимателя –

фамилия, имя, отчество (при наличии)

В лице _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя юридического лица,
представителя заказчика)

действующего на основании _____

(указать реквизиты доверенности

или иного документа, подтверждающего полномочия)

просит (просят) повторно подготовить и выдать специальное медицинское
заключение в отношении _____

(наименование природного лечебного ресурса)

Основной государственный регистрационный номер (основные
государственные регистрационные номера) (для заказчиков - юридических
лиц, в том числе иностранных) _____

(для иностранных юридических лиц указывается аналог
основного государственного

регистрационного номера в соответствии с законодательством соответствующего иностранного
государства)

Основной государственный регистрационный номер индивидуального
предпринимателя (индивидуальных предпринимателей) (для заказчиков -
индивидуальных предпринимателей) _____

Идентификационный номер налогоплательщика заказчика

Телефон заказчика (_____) _____

Электронная почта заказчика _____

Почтовый адрес заказчика _____

Адрес заказчика в пределах места нахождения (для физических лиц и индивидуальных предпринимателей - адрес места регистрации по месту пребывания) _____

Номер ранее выданного специального медицинского заключения _____

Основание для повторных подготовки и выдачи специального медицинского заключения: _____

Ошибки, допущенные в выданном специальном медицинском заключении (заполняется в случае подачи заявления о повторных подготовке и выдаче специального медицинского заключения в связи с выявлением ошибки в выданном специальном медицинском заключении):

Номер пункта в специальном медицинском заключении	Редакция, содержащая ошибку	Измененная редакция

К настоящему заявлению прилагаются:

1. _____ на л.
2. _____ на л.
3. _____ на л.

Заказчик:

руководитель организации
(уполномоченное лицо)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) для физических лиц и индивидуальных предпринимателей)

(подпись)

МП (при наличии)

« _____ » _____ 20 _____ г.

(наименование организации)

(расшифровка подписи)

