

## 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)

