



## ЛІЦЕНЗІЯ

Найменування органу ліцензування

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Номер і дата прийняття рішення

**№809 від 4 серпня 2016 р.**

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

**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ  
«МЕДІКОМ КРИВБАС»**

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

**38256191**

Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця

**Дніпропетровська обл., м. Кривий Ріг, вул. Пушкіна, буд. 13о**

Посада особи органу ліцензування, яка підписала рішення про видачу ліцензії

**Заступник Міністра**

**Ілик Р.Р.**



Директор органу ліцензування або уповноваженої ним особи

прізвище, ім'я, по батькові