**ОБРАЗЕЦ**

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

в Службу

по контролю и надзору

в сфере здравоохранения

Ханты-Мансийского

автономного округа – Югры

Заявление

о прекращении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование сведений | Сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| 1. | Полное наименование юридического лица | **Бюджетное учреждение**  **Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Няганская больница»** |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | **БУ «Няганская больница»** |
| 3. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) | **628180, Россия,**  **Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Нягань,**  **ул. Ленина, д. 10, корпус 4** |
| 4. | Идентификационный номер налогоплательщика | **8610025210** |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица | **1008601411686** |
| 6. | Вид обособленного объекта | **Семиэтажное капитальное здание, комната хранения НС и ПВ № 85 (по плану БТИ) расположена на 3 этаже лечебно-хирургического корпуса, относится к третьей категории помещений** |
| 7. | Адрес места осуществления деятельности, предусмотренный лицензией (с указанием почтового индекса) | **628181, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра,**  **г. Нягань, ул. Мира, д. 12, корп. 1** |
| 8. | Виды работ (услуг), осуществляемые на объекте | **хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в** [**список I**](consultantplus://offline/ref=38177B66615C902EC8281FE95CBE5CF356B5CB48A2235806A335F9780046F3561F259746F1l7L2K)**I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ** |
| **хранение психотропных веществ, внесенных в** [**список I**](consultantplus://offline/ref=38177B66615C902EC8281FE95CBE5CF356B5CB48A2235806A335F9780046F3561F259746F1l7L2K)**II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ** |
| 9. | Дата фактического прекращения деятельности | **12.06.2021** |
| 10. | Номер телефона юридического лица | **(83462) 31-40-23, приемная**  **сот. 89028155588, Ирина Геннадьевна Никонова (представитель, юрист)** |
| 11. | Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется) | **sana@mail.ru** |
| 12. | Направление информации по вопросам переоформления лицензии в электронной форме | **направлять** |
| 13. | Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений | **в форме электронного документа** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<\*> В случае, если лицензиат прекращает деятельность на нескольких объектах, пункты 6-9 заполняются на каждый объект.

<\*\*> Нужное указать

в лице **главного врача БУ «Няганская больница»**

**Кузнецовой Натальи Анатольевны**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО, должность руководителя юридического лица)

действующего на основании **УСТАВА**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(документ, подтверждающий полномочия)

просит прекратить действие лицензии **от** **15.12.2018 №** **ЛО-86-03-000200-18** на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, выданной **Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование лицензирующего органа)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

**от «08» июля 2021г. главный врач**

**БУ «Няганская больница»**

**Кузнецова Наталья Анатольевна**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О., подпись)

М.П. (при наличии)