



## ЛІЦЕНЗІЯ

Найменування органу ліцензування

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Номер і дата прийняття рішення

**№1067 від 12 жовтня 2016 р.**

**Переоформлення ліцензії від 11.07.2013 серії АЕ №197404**

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 «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ  
ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

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

**38469768**

Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця

**м.Черкаси, вул. Волкова, буд. 3**

Посада особи органу ліцензування, яка підписала рішення про видачу ліцензії

**Заступник Міністра**

**Ілик Р.Р.**



(підпис керівника органу ліцензування або уповноваженої

прізвище, ім'я, по батькові

**М.П.**