

Серия ЛО-27



№ 0000514

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

# ЛИЦЕНЗИЯ

№ ЛО-27-01-001425 от « 12 » марта 2014 г.

На осуществление **Медицинской деятельности**

(указывается конкретный вид деятельности)

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности, в соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»: (указывается в соответствии с перечнем работ (услуг), установленным законодательством соответствующего вида деятельности)

Согласно приложению (ям) к лицензии

Настоящая лицензия предоставлена: (указывается полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование (в том числе фирменное наименование), организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, наименование и реквизиты документа, удостоверяющего его личность)

Общество с ограниченной ответственностью

"Стоматологический центр "Стомадент"

ООО "Стоматологический центр "Стомадент"

Основной государственный регистрационный номер юридического лица  
(индивидуального предпринимателя)(ОГРН) **1062722026586**

Идентификационный номер налогоплательщика **2722053728**

**Копия**

Серия ЛО-27



№ 0001096

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к лицензии № ЛО-27-01-001425 от «12» марта 2014 г.

на осуществление **Медицинской деятельности**  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")  
выданной (наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

**ООО "Стоматологический центр "Стомадент"**

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги

680028, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Калинина, 109, пом. 0 (2-4, 10-12), 1 (24-31)

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

Министр здравоохранения  
Хабаровского края



М.П.

*А.В. Витько*  
А.В. Витько

(Ф.И.О. уполномоченного лица)

Приложение является неотъемлемой частью лицензии

**Копия**

**Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности** (указывается адрес, места нахождения (места деятельности - для индивидуального предпринимателя)

и адреса мест осуществления работы (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

**680028, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Калинина, 109**

**Адреса мест осуществления деятельности согласно приложению(ям)**

**Настоящая лицензия предоставлена на срок:**

**бессрочно**

до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Существует в случае, если Федеральными законами, регулирующими осуществление вида деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрено иной срок действия лицензии

**Настоящая лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа - приказа (распоряжения) от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_**

**Настоящая лицензия переоформлена на основании решения лицензирующего органа - приказа (распоряжения) от « 12 » марта 2014 г. № 288-р**

**Настоящая лицензия имеет \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ приложение (приложения), являющееся ее неотъемлемой частью на \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ листах.**

**Министр здравоохранения  
Хабаровского края**

(должность уполномоченного)



*А.В. Витько*

**А.В. Витько**

(Ф.И.О. уполномоченного лица)

**Копия**