



Серия **ЛО**

0010026 ✱

Министерство здравоохранения
Челябинской области

ЛИЦЕНЗИЯ

№ **ЛО-74-01-005238** от « **27** » **сентября 2019** г.

На осуществление
(указывается лицензируемый вид деятельности)

Медицинской 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»:
(указываются в соответствии с перечнем работ (услуг), установленным положением о лицензировании соответствующего вида деятельности)

Согласно приложению (ям) к лицензии

Настоящая лицензия предоставлена (указываются полное и (в случае, если имеется) сокращённое 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

«ЛОР-КЛИНИКА»

ООО «ЛОР-КЛИНИКА»

Основной государственный регистрационный номер юридического лица
(индивидуального предпринимателя) (ОГРН) **1197456018132**

Идентификационный номер налогоплательщика **7447289018**

Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности (указываются адрес места нахождения (место жительства - для индивидуального предпринимателя) и адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

**454001, Челябинская область, город Челябинск,
проспект Победы, дом 295-А, помещение 6**

Адреса мест осуществления деятельности согласно приложению(ям)

Настоящая лицензия предоставлена на срок:



бессрочно



до « _____ » _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа — приказа (распоряжения) от « **27** » **сентября 2019** г. № **1325-УЛ**

Действие настоящей лицензии на основании решения лицензирующего органа — приказа

(распоряжения) от « _____ » _____ г. № _____

продлено до « _____ » _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия переоформлена на основании решения лицензирующего органа — приказа (распоряжения) от « _____ » _____ г. № _____

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

**Исполняющий обязанности
Министра**

(подпись уполномоченного лица)



(подпись уполномоченного лица)

В.В. Сахарова

(Ф.И.О. уполномоченного лица)

Серия **ЛО**



0056261 *

Министерство здравоохранения
Челябинской области

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к лицензии № ЛО-74-01-005238

от « 27 » сентября 2019 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 организации с указанием организационно-правовой формы юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность) и места нахождения объекта)

Общество с ограниченной ответственностью «ЛОР-КЛИНИКА»

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

454001, Челябинская область, г. Челябинск, пр-кт Победы, д. 295-А, пом. 6

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: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации).

Исполняющий обязанности
Министра

(должность уполномоченного лица)

(подпись уполномоченного лица)

В.В. Сахарова

(Ф.И.О. уполномоченного лица)



Приложение является неотъемлемой частью лицензии

Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности (указываются адрес места нахождения (место жительства - для индивидуального предпринимателя) и адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

**454001, Челябинская область, город Челябинск,
проспект Победы, дом 295-А, помещение 6**

Адреса мест осуществления деятельности согласно приложению(ям)

Настоящая лицензия предоставлена на срок:



бессрочно



до « _____ » _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа — приказа (распоряжения) от « **27** » **сентября 2019** г. № **1325-УЛ**

Действие настоящей лицензии на основании решения лицензирующего органа — приказа

(распоряжения) от « _____ » _____ г. № _____

продлено до « _____ » _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия переоформлена на основании решения лицензирующего органа — приказа (распоряжения) от « _____ » _____ г. № _____

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

**Исполняющий обязанности
Министра**

(подпись уполномоченного лица)



(подпись уполномоченного лица)

В.В. Сахарова

(Ф.И.О. уполномоченного лица)