

Հավելված N 5
ՀՀ առողջապահության նախարարի
2011 թ. հունիսի 14 -ի N 1145 - Ա հրամանի
Ձև 4

ՀՀ առողջապահության նախարար պարոն

_____ - ին

(անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը կամ
կազմակերպության անվանումը, տնօրենի անունը,
ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ՀՎՀՀ-ն)

ԴԻՄՈՒՄ

Խնդրում եմ առողջապահության նախարարի կողմից « _____ » _____ 20__
թվականին տրված թիվ /Կ-XX-00 կամ Ա-XX-00/ լիցենզիայի գործողությունը դադարեցնել:

Կից ներկայացնում եմ լիցենզիայի բնօրինակը:

Դիմող՝

/անուն, ազգանուն/

կնիք, ստորագրություն

ամիս, ամսաթիվ

Հավելված N 6
ՀՀ առողջապահության նախարարի
2011 թ. հունիսի 14-ի N 1145 - Ա հրամանի
Ձև 5

ՀՀ առողջապահության նախարար պարոն
_____ -ին

(անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը կամ
կազմակերպության անվանումը, տնօրենի անունը,
ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ՀՎՀՀ-ն)

ԴԻՄՈՒՄ

Խնդրում եմ առողջապահության նախարարի կողմից « _____ » 20____
թվականին տրված թիվ /Կ-XX-00 կամ Ա-XX-00/ լիցենզիայի գործողությունը կասեցնել
(նշել կոնկրետ ժամանակահատված)՝ սույն թվականի _____ -ից մինչև _____
:

Կից ներկայացնում եմ լիցենզիայի պատճենը:

Դիմող՝

/անուն, ազգանուն/

կնիք, ստորագրություն

ամիս, ամսաթիվ

Հավելված N 7
ՀՀ առողջապահության նախարարի
2011 թ. հունիսի 14-ի N 1145 - Ա հրամանի
Ձև 6

ՀՀ առողջապահության նախարար պարոն

_____ -ին

(անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը կամ
կազմակերպության անվանումը, տնօրենի անունը,
ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ՀՎՀՀ-ն)

ԴԻՄՈՒՄ

Նկատի ունենալով, որ իմ կամ ----- կազմակերպության կողմից

(անվանումը

առողջապահության բնագավառում ներկայացված հայտը բավարարվել է վերապահումով՝ ոչ
էական թերությունները շտկելու պայմանով, կից ներկայացնում եմ շտկված հետևյալ
փաստաթղթերը.

- 1.
- 2.
- 3.

Դիմող՝

/անուն, ազգանուն/

կնիք, ստորագրություն

ամիս, ամսաթիվ

Ձև 7

ՀՀ առողջապահության նախարար պարոն

_____ -ին

(անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը կամ
կազմակերպության անվանումը, տնօրենի անունը,
ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ՀՎՀՀ-ն)

ԴԻՄՈՒՄ

Ձեզ է ներկայացվում անհատ ձեռնարկատիրոջ անուն, ազգանունը կամ
կազմակերպության անվանումը /բժշկական օգնության և սպասարկման, դեղատնային
գործունեության, դեղերի արտադրության իրականացման համար _____ թվականին տրված
թիվ _____ լիցենզիայի համար օրենքով սահմանված տարեկան պետական տուրքի
վճարման անդորրագրի պատճենը:

Դիմող՝

/անուն, ազգանուն/

կնիք, ստորագրություն

ամիս, ամսաթիվ

Ձև 8

ՀՀ առողջապահության նախարար պարոն

_____ -ին

(անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը կամ
կազմակերպության անվանումը, տնօրենի անունը,
ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ՀՎՀՀ-ն)

ԴԻՄՈՒՄ

Առողջապահության բնագավառում լիցենզիա ստանալու համար ներկայացված
հայտը մերժվելու կապակցությամբ, խնդրում եմ տրամադրել տեղեկանք վճարված
պետական տուրքի գումարը հետ վերադարձնելու նպատակով:

Դիմող՝

/անուն, ազգանուն/

կնիք, ստորագրություն

ամիս, ամսաթիվ