

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «___» _____ 2026 г. № _____

Наименование и адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, номер телефона, основной государственный регистрационный номер _____

Регистрационный номер и дата предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

Медицинская документация
Учетная форма № 002-ЧД/у-20

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от «__» _____ 20__ г. № _____

**Сообщение от «___» _____ г. об аннулировании действующего
медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний
к осуществлению частной детективной деятельности**

1. Дата оформления действующего медицинского заключения: «___» _____ г.
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) частного детектива: _____

3. Дата рождения частного детектива: «___» _____ г.
4. Документ, удостоверяющий личность частного детектива: _____
_____ серия _____, номер _____,
кем и когда выдан _____
5. Страховой номер индивидуального лицевого счета частного детектива: _____
6. Адрес регистрации по месту жительства (по месту пребывания) частного детектива: субъект Российской Федерации _____,
район _____,
населенный пункт _____,
улица _____, дом _____,
строение (корпус) _____, квартира _____
7. Выявлено заболевание, при наличии которого противопоказано осуществлять частную детективную деятельность.
8. Фамилия, имя, отчество (при наличии), усиленная квалифицированная электронная подпись медицинского работника, сформировавшего сообщение об аннулировании действующего медицинского заключения, и усиленная квалифицированная электронная подпись медицинской организации: _____
