



Серия **ЛО**

**0004708 \***

Министерство здравоохранения  
Челябинской области

# ЛИЦЕНЗИЯ

№ **ЛО-74-01-001800** от « **15** » **ноября 2012** 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")

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)

**Общество с ограниченной ответственностью «Оптим»**  
сокращенное наименование (в том числе фирменное наименование), организационно-правовая форма юридического лица,

**ООО «Оптим»**

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя,

наименование и реквизиты документа, удостоверяющего его личность)

Основной государственный регистрационный номер юридического лица  
(индивидуального предпринимателя) (ОГРН) **1067422054611**

Идентификационный номер налогоплательщика **7422037851**

Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности \_\_\_\_\_

**456785, Челябинская обл., г. Озерск, б-р Гайдара, д.27, помещение 7**

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

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

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 " **15** " **ноября 2012** г. № **1592**

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.

**Первый заместитель  
Министра здравоохранения  
Челябинской области**

(должность уполномоченного лица)

М.П.



(подпись уполномоченного лица)

**О.В.Доброхотова**

(Ф.И.О уполномоченного лица)

Серия **ЛО**



**0012661 \***

Министерство здравоохранения  
Челябинской области

ПРИЛОЖЕНИЕ № **1** от « **15** » ноября **2012** г.

к лицензии № **ЛО-74-01-001800** от « **15** » ноября **2012** г.

на осуществление **медицинской деятельности**

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории **выданной** (наименование организации с указанием организационно-правовой формы, юридического лица (ф.и.о. индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность) и места нахождения объекта) **инновационного центра "Сколково"**)

**Общество с ограниченной ответственностью «Оптима»**  
**456785, Россия, Челябинская обл., г. Озерск, бул. Гайдара, д. 27,**  
**помещение №7. Нежилое помещение – стоматология. Этаж: 1**

Номенклатура работ и услуг:

При осуществлении **доврачебной медицинской помощи по:**  
**рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии.** При осуществлении  
**амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при**  
**осуществлении специализированной медицинской помощи по:**  
**стоматологии терапевтической.**

**Первый заместитель**  
**Министра здравоохранения**  
**Челябинской области**

(должность уполномоченного лица)

(подпись уполномоченного лица)

**О.В.Доброхотова**

(ф.и.о. уполномоченного лица)

М.П.



Приложение является неотъемлемой частью лицензии