



Форма № 1-1-Учет  
Код по КНД 1121007

Федеральная налоговая служба

# СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ РОССИЙСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
В НАЛОГОВОМ ОРГАНЕ ПО МЕСТУ ЕЕ НАХОЖДЕНИЯ

Настоящее свидетельство подтверждает, что российская организация  
**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
"ПЕНЗЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ"**

*(полное наименование российской организации в соответствии с учредительными документами)*

ОГРН 

1	1	4	5	8	3	5	0	0	3	7	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

поставлена на учет в соответствии с  
Налоговым кодексом Российской Федерации **16 сентября 2014 г.**

*(число, месяц, год)*

в налоговом органе по месту нахождения **Инспекции Федеральной  
налоговой службы по Октябрьскому району г. Пензы**

5	8	3	5
---	---	---	---

*(наименование налогового органа и его код)*

и ей присвоен

ИНН/КПП 

5	8	3	5	1	0	8	6	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 / 

5	8	3	5	0	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Заместитель начальника  
Инспекции Федеральной  
налоговой службы по  
Октябрьскому району г.  
Пензы

Т.В. Селиванова



серия 58 №002003613





Форма №

Р 5 1 0 0 3

# Федеральная налоговая служба СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации юридического лица

В Единый государственный реестр юридических лиц в отношении  
юридического лица

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
"ПЕНЗЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ"

*полное наименование юридического лица*

внесена запись о создании юридического лица

16      сентября      2014    года  
*(дата)*      *(месяц прописью)*      *(года)*

за основным государственным регистрационным номером (ОГРН)

1 1 4 5 8 3 5 0 0 3 7 0 9

Запись содержит сведения, приведенные в прилагаемом к настоящему  
свидетельству листе записи Единого государственного реестра юридических лиц.

Свидетельство выдано налоговым органом      Инспекция Федеральной налоговой службы  
по Октябрьскому району г. Пензы  
*(Наименование регистрирующего органа)*

16      сентября      2014    года  
*(дата)*      *(месяц прописью)*      *(года)*

Заместитель начальника

*Должность ответственного лица*



Селиванова Тамара  
Владимировна

*Фамилия, инициалы*



серия 58 №002003630