ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України

06 травня 2024 року № 782

**Інформаційна картка адміністративної послуги з відновлення повністю дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

**Міністерство охорони здоров’я України**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Інформація про суб’єкта надання адміністративної послуги** | | |
| 1 | Місцезнаходження суб’єкта надання адміністративної послуги | 03057, м. Київ, вул. Сім’ї Бродських, 10 – Центр надання адміністративних послуг  МОЗ України «Єдине вікно» або 01601,  м. Київ, вул. М. Грушевського, 7 – МОЗ. |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи суб’єкта надання адміністративної послуги | Прийом документів здійснюється в Центрі адміністративних послуг МОЗ «Єдине вікно»:  Понеділок: з 09:30 до 15:00,  Вівторок: з 09:30 до 15:00,  Середа: з 09:30 до 15:00,  Четвер: з 09:30 до 15:00,  П’ятниця: з 09:30 до 15:00,  Вихідні: субота – неділя. |
| 3 | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та вебсайт суб’єкта надання адміністративної послуги | тел.: (044) 202-17-09,  (044) 200-08-17, вебсайт МОЗ України: www.moz.gov.ua, [moz@moz.gov.ua](mailto:moz@moz.gov.ua). |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | Стаття 6 та частина восьма статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Пункт 23 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285.  Пункт 15 Переліку органів ліцензування, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05.08.2015 № 609. |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 6 | Підстава для одержання адміністративної послуги | Заява ліцензіата про відновлення повністю дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. |
| 7 | Перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | Заява про відновлення повністю дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;  відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю. |
| 8 | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | – нарочно (Центр адміністративних послуг МОЗ України «Єдине вікно»);  – поштовим відправленням з описом вкладення;  – в електронному вигляді в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. |
| 9 | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Безоплатна |
| 10 | Строк надання адміністративної послуги | Протягом 5 робочих днів |
| 11 | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | Заява подана (підписана) особою, яка не має на це повноважень |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Прийняття рішення про повне відновлення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики |
| 13 | Способи отримання відповіді (результату) | Внесення запису про прийняте рішення до Ліцензійного реєстру МОЗ з медичної практики та розміщення на офіційному вебсайті МОЗ України |

\* також до інформаційної картки додається форма заяви.

*Примітка.* Прийом та реєстрація заяв не здійснюється під час повітряних тривог та при відсутності електропостачання, зв’язку, з’єднання з мережею Інтернет.

Інформацію щодо графіка роботи Центру надання адміністративних послуг   
МОЗ України «Єдине вікно» розміщено на офіційному вебсайті МОЗ у розділі «[Головна](https://moz.gov.ua/). [Довідник](https://moz.gov.ua/dovidnik). Єдине вікно», за посиланням (https://moz.gov.ua/edine-vikno).

**Начальник Управління контролю**

**якості надання медичної допомоги**  **Світлана ОСТАШКО**

Додаток  
до Інформаційної картки адміністративної послуги з відновлення повністю дії ліцензії на провадження   
господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА  
про відновлення повністю дії ліцензії на провадження   
господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)  
 фізичної особи — підприємця)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу відновити повністю дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії,  
 яка відновлюється повністю)

з \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р., у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (підстава відновлення повністю дії ліцензії)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю дії ліцензії:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ арк.;

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ додається на \_\_\_ арк.

(найменування документа, дата його видачі та його номер)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище) |
|  | МП  (за наявності) |  |

Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.