ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України

06 травня 2024 року № 782

**Інформаційна картка адміністративної послуги з зупинення 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 |
| **Нормативні акти, якими регламентується** **надання адміністративної послуги** |
| 4 | Закони України  | Стаття 6 та частина друга 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 зупинення 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 зупинення повністю дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики |
| 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;Заява ліцензіата подана після видання МОЗ розпорядчого документа про проведення перевірки додержання цим ліцензіатом ліцензійних умов і до закінчення строку |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Прийняття рішення про повне зупинення 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 зупинення повністю дії ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про зупинення 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 або 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 відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)

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

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

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

строком до \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(причина зупинення повністю дії ліцензії)

Я усвідомлюю, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” зупинення повністю дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю дії ліцензії.

Про відновлення повністю дії ліцензії зобов’язуюсь повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

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

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

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

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

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