ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України

06 травня 2024 року № 782

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

 **адміністративної послуги з переоформлення 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 Центром адміністративних послуг МОЗ «Єдине вікно»: Понеділок – за попереднім записом за телефоном (044) 202-17-09,Вівторок: з 10:00 до 15:00,Середа: з 10:00 до 15:00,Четвер: з 10:00 до 15:00,П’ятниця – не прийомний день,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: www.moz.gov.ua, moz@moz.gov.ua. |
| **Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання адміністративної послуги** |
| 4. | Закони України  | Стаття 6 та частина сьома статті 15 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». |
| 5. | Акти Кабінету Міністрів України  | Пункт 7 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 року № 285.Пункт 15 Переліку органів ліцензування, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05.08.2015 року № 609. |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 6. | Підстава для одержання адміністративної послуги | Заява спадкоємця про переоформлення ліцензії. |
| 7. | Перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | Заява про переоформлення ліцензії та документи (їх копії (фотокопії), засвідчені спадкоємцем), що підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії. |
| 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 10 робочих днів.  |
| 11. | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | Не відповідність поданого пакету обов’язкових документів для переоформлення ліцензії;– заява подана (підписана) особою, яка не має на це повноважень;– дата подачі документів про переоформлення ліцензії становить більше ніж місяць з дня виникнення підстав для її переоформлення. |
| 12. | Результат надання адміністративної послуги | Прийняття рішення про переоформлення 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 переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про переоформлення ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики

Я, спадкоємець \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові фізичної особи - підприємця)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(місце реєстрації фізичної особи - підприємця)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія, номер паспорта фізичної особи - підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)

прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата та номер рішення про видачу

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

ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики відповідаю і зобов’язуюсь їх виконувати.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис спадкоємця) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) |
|  |  |  |
| Дата і номер реєстрації заяви: | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис особи, якаприйняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(власне ім’я та прізвище) |