ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України

06 травня 2024 року № 782

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги з переоформлення акредитаційного сертифіката**

**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 України «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](http://www.moz.gov.ua),  [moz@moz.gov.ua](mailto:moz@moz.gov.ua). |
| **Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання адміністративної послуги** | | |
| 4. | Закони України | Частина шоста статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров’я. |
| 5. | Акти Кабінету Міністрів України | Пункт 18 Порядку акредитації закладу охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. |
| 6. | Акти центральних органів виконавчої влади |  |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7. | Підстава для одержання адміністративної послуги | 1. Зміна назви закладу.  2. Зміна найменування суб'єкта господарювання, структурним підрозділом якого є заклад.  3. Зміна адреси закладу, якщо така зміна пов'язана з перейменуванням населеного пункту, вулиці або зміною нумерації будинку. |
| 8. | Перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | – заява про переоформлення акредитаційного сертифіката, згідно з додатком до Порядку акредитації закладу охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765;  – копія сертифіката, який підлягає переоформленню;  – документи, які підтверджують зазначені зміни або їх нотаріально засвідчені копії. |
| 9. | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | – нарочно;  – поштовим відправленням. |
| 10. | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Безоплатна. |
| 11. | Строк надання адміністративної послуги | Протягом 30 календарних днів. |
| 12. | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | Неналежне оформлення або ненадання вичерпного переліку документів, визначених пунктом 8 зазначеної Інформаційної картки. |
| 13. | Результат надання адміністративної послуги | Рішення про переоформлення акредитаційного сертифіката або про відмову у його переоформлені. |
| 14. | Способи отримання відповіді (результату) | Видача переоформленого акредитаційного сертифіката або інформування про прийняте рішення щодо відмови у його переоформлені. |

\* 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 акредитаційного сертифіката

**ЗАЯВА**

**про переоформлення акредитаційного сертифіката**

|  |  |
| --- | --- |
| Заявник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                        (назва закладу охорони здоров'я)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Форма власності та відомче підпорядкування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса (адреси) закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон (телефакс) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в особі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                    (прізвище, ім'я та по батькові, посада керівника закладу охорони здоров'я)  просить переоформити акредитаційний сертифікат серії \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_  строком дії до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                 (назва закладу охорони здоров'я)  у зв'язку із зміною  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  з «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  на «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  Перелік документів, що додаються до заяви:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         (підпис керівника закладу)          М. П. |