

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ
до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з медичної практики»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта
6. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених статтею 11 Закону, додаються за підписом здобувача ліцензії або уповноваженої ним особи відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2). Сторінки відомостей нумеруються, пронумеровуються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності). Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках.	6. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених статтею 11 Закону, додаються за підписом здобувача ліцензії або уповноваженої ним особи відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2). Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.
7. У разі наявності підстав для переоформлення ліцензії ліцензіат зобов'язаний протягом одного місяця подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою згідно з додатком 4 та документи, визначені частиною сьомою статті 15 Закону.	7. У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії, визначених частиною сьомою статті 15 Закону, фізична особа-підприємець, яка є спадкоємцем ліцензіата, зобов'язана протягом одного місяця з дати набуття такого права подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою, згідно з додатком 4 до цих Ліцензійних умов. До заяви про переоформлення ліцензії додаються: засвідчені спадкоємцем копії документів, що підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії; документ, визначений абзацом першим пунктом 6

	цих Ліцензійних умов, з метою встановлення відповідності спадкоємця вимогам цих Ліцензійних умов.
Відсутня	7¹. Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції») резидентів держав, що здійснюють збройну агресію проти України (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України») та/або дії яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України, та/або не можуть діяти в інтересах таких осіб.
Відсутня	7². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, мають бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем або іншою уповноваженою на це особою. У разі оформлення документів, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем у паперовій формі, вони складаються за допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт розміром не менше 12 друкарського пункту) або оформлюються рукописним способом (друкованими буквами та цифрами), а сторінки відомостей про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня нумеруються. Документи, що подаються в електронній формі, оформляються згідно з вимогами законодавства у сфері електронного документообігу. У разі підписання та/або подання документів уповноваженою особою здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця до заяв про отримання та переоформлення

	ліцензії, додатково додається оригінал документа або засвідчена копія, що підтверджує його повноваження.
21. Зміна функціонального призначення приміщень, перепланування, розширення площ, які використовуються у лікувально-діагностичному процесі, розширення переліку лікарських спеціальностей і спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою мають бути підтверджені актом санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта, виданим уповноваженим на це органом (установою), у частині, в якій відбулися зазначені зміни.	Виключити
23. Про припинення (планове та/або позапланове) провадження медичної практики за будь-яким місцем її провадження ліцензіат у довільній формі у будь-який зручний спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) повідомляє органу ліцензування у день припинення діяльності. Про відновлення провадження медичної практики ліцензіат у довільній формі у будь-який зручний спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) повідомляє органу ліцензування до моменту відновлення діяльності.	23. У разі наміру: зупинення дії ліцензії повністю, але не більше, ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики, згідно з додатком 5 до цих Ліцензійних умов; відновлення дії ліцензії повністю, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики, згідно з додатком 6 до цих Ліцензійних умов та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю, а в разі якщо дія ліцензії зупинена повністю на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», – інформацію про сплату штрафу, передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.

Відсутній	37. Ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження господарської діяльності з медичної практики повинен забезпечити необхідними умовами для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень.
Додаток 1 до Ліцензійних умов (найменування органу ліцензування) ЗАЯВА про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики Здобувач ліцензії _____ (найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця) _(місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи - підприємця) (місце (міся) провадження медичної практики)* (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - ідентифікаційний код або серія, номер паспорта фізичної особи - підприємця, _____ ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття	Додаток 1 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20 _____ р. № _____) (найменування органу ліцензування) ЗАЯВА про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики Здобувач ліцензії _____ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця) (місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи – підприємця) (місце (міся) провадження медичної практики)* (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб – підприємців

реєстраційного номера облікової картки платника податків) (прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи) e-mail: _____ Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. Спосіб отримання повідомлення про прийняте рішення (підкреслити): нарочно поштовим в електронному відправленням вигляді Спосіб отримання ліцензії (підкреслити): нарочно поштовим в електронному відправленням вигляді Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цієї заяви, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності"). “ ____ ” _____ 20__ р. _____ _____ (підпис здобувача ліцензії) _____ (прізвище, ініціали) МП (за наявності) Дата і номер реєстрації _____ заяви _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (прізвище, ініціали) “ ____ ” _____ 20__ р. № _____ _____ * Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.	ідентифікаційний код 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) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи) e-mail: _____ Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. « ____ » _____ 20__ р. _____ (підпис здобувача ліцензії, або іншої уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище) МП (за наявності) Дата і номер _____ реєстрації заяви (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище) « ____ » _____ 20__ р. № _____ _____ * Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.
---	---

Додаток 2
до Ліцензійних умов

ВІДОМОСТІ

суб'єкта господарювання про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: _____

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна медична допомога, екстрена медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога, медична реабілітація), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги	Лікарські спеціальності та спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою	Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від _____ 20 ____ р. № _____)

ВІДОМОСТІ

про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові **(за наявності)** фізичної особи - підприємця)

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: _____

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна медична допомога, екстрена медична допомога, **спеціалізована медична допомога**, паліативна допомога, **реабілітаційна допомога**), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги (необхідно зазначити первинна медична допомога, екстрена медична допомога, спеціалізована медична допомога)	Лікарські спеціальності та спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою	Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я:

(статут (положення) закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності))

структура закладу охорони здоров'я (у довільній формі)

5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта**:

(дата, номер, ким виданий)

Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного	Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
------------------	---	--	---	--

паліативна
допомога,
реабілітаційна
допомога)

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я:

(статут (положення) закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності))

структура закладу охорони здоров'я (у довільній формі)

5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення**

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для осіб
------------------	--	---	---

		спеціалістів з медичною освітою, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	найменування виробника, моделі	
			найменування	кількість

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

8. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
		місяць	рік	

Кадрові вимоги

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	---	---	--

10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідчення про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	--	--	--

маломобільних груп населення або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень (зазначається найменування установи, код ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ).	населення (область, місто, вулиця (провулок, бульвар, проспект, інше) номер будинку, номер корпусу (за наявності))	з інвалідністю та інших маломобільних груп населення
--	--	--

Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

8. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
		місяць	рік	

Кадрові вимоги

		)			ким видано)	ної категорії (спеціальніст ь, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
--	--	---	--	--	-------------	--

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи - підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
		число	місяць	рік		

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цих відомостей, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності").

_____ 20__ р. _____
(підпис заявника) (прізвище, ініціали***)

* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем.

** Пункт 6 не заповнюється здобувачем ліцензії, який звертається за отриманням ліцензії виключно на надання первинної медичної допомоги.

*** Підписується здобувачем ліцензії або іншою уповноваженою на це особою.

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Поряд- ковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціаль- ність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальніст ь, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтверджен ня) кваліфікацій ної категорії (спеціальніст ь, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
--------------------------	---	---	--	--	--	--

10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою

Поряд- ковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідчення про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтверджен ня) кваліфікаційн ої категорії (спеціальніст ь, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
--------------------------	--	---	--	--	--	---

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи - підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на	Реквізити документа (назва, дата та номер)
		число	місяць	рік		

	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>статтю Кодексу законів про працю України</td> <td></td> </tr> </table> Відсутність здійснення контролю за діяльністю у значенні, (найменування суб'єкта господарювання) наведеному у статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному у статті 1 Закону України «Про оборону України», підтверджую. Я, як суб'єкт господарювання ознайомлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на _____ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її анулювання відповідно до статей 13 та 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». _____ 20__ р. _____ (підпис здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище) _____ * Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем. ** У разі наявності за однією адресою декілька корпусів, то відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначається за кожним корпусом окремо.						статтю Кодексу законів про працю України	
					статтю Кодексу законів про працю України			
Додаток 3 до Ліцензійних умов ОПИС документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики Від _____ (найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи -	Додаток 3 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20____ р. № _____) ОПИС документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики Від _____							

підприємця) (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - ідентифікаційний код 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) Дата і номер реєстрації заяви «__» _____ 20__ р. № _____	(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця) (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - ідентифікаційний код 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) Дата і номер реєстрації заяви «__» _____ 20__ р. № _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">Порядко вий номер</td> <td style="width: 60%; text-align: center; vertical-align: middle;">Найменування документа</td> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: middle;">Кількіс ть аркуші в у докуме нті</td> </tr> </table>	Порядко вий номер	Найменування документа	Кількіс ть аркуші в у докуме нті	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">Порядко вий номер</td> <td style="width: 60%; text-align: center; vertical-align: middle;">Найменування документа</td> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: middle;">Кількіс ть аркуші в у докуме нті</td> </tr> </table>	Порядко вий номер	Найменування документа	Кількіс ть аркуші в у докуме нті
Порядко вий номер	Найменування документа	Кількіс ть аркуші в у докуме нті					
Порядко вий номер	Найменування документа	Кількіс ть аркуші в у докуме нті					
Прийняв _____ (кількість документів цифрами і словами) _____ (підпис відповідальної особи) _____ (прізвище, ініціали) “__” _____ 20__ року (дата) _____ (підпис здобувача ліцензії) _____ (прізвище та ініціали) _____ 20__ р.	Прийняв _____ (кількість документів цифрами і словами) _____ (підпис відповідальної особи) _____ (власне ім'я та прізвище) «__» _____ 20__ року (дата) _____ (підпис здобувача ліцензії або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище) _____ 20__ р.;						

Додаток 4
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від 13 березня 2019 р. № 215)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про переоформлення ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики

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

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

До заяви додаю такі копії підтвердних документів:

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

_____ 20__ р. _____
(підпис спадкоємця) (прізвище, ініціали)

Додаток 4
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про переоформлення ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики

Спадкоємець _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) 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

(зазначається 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'язуюся їх виконувати.

Даю згоду на обробку персональних даних з метою забезпечення виконання вимог Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

Дата і номер реєстрації заяви _____ _____ 20__ р. № _____ _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (прізвище, ініціали)	_____ 20__ р. _____ (підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище) Дата і номер реєстрації заяви _____ _____ 20__ р. № _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)
Відсутній	Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20__ р. № _____) _____ (найменування органу ліцензування) ЗАЯВА про зупинення дії ліцензії повністю 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/місце реєстрації фізичної особи - підприємця) _____ (місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) * _____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців – _____ ідентифікаційний код 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)

	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи) e-mail: _____ Прошу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики _____, (зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю) терміном до «__» _____ 20__ р. , у зв'язку з _____ (обов'язково вказується причина зупинення ліцензії повністю) Я усвідомлений про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення дії ліцензії повністю становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішення органу ліцензування про зупинення дії ліцензії. Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюсь повідомити орган ліцензування у спосіб передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». «__» _____ 20__ р. _____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище) МП (за наявності) Дата і номер реєстрації заяви _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище) «__» _____ 20__ р. № _____ _____ * Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.
Відсутній	Додаток 6 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20__ р. № _____)

_____ (найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про відновлення дії ліцензії повністю 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/місце реєстрації фізичної особи - підприємця)

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

_____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців –

_____ ідентифікаційний код 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)

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

e-mail: _____

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

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

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

1. _____ додається на ____ аркушах;
2. _____ додається на ____ аркушах.
(зазначається найменування документа дата та його номер)

	з «__» _____ 20__ р. , у зв'язку з _____ (обов'язково вказується підстава відновлення ліцензії повністю)		
	«__» _____ 20__ р.	_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) МП (за наявності)	_____ (власне ім'я та прізвище)
	Дата і номер реєстрації заяви	_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)	_____ (власне ім'я та прізвище)
	«__» _____ 20__ р. № _____ _____		
* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.			

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«__» _____ 2023 р.