Додаток 24  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 22 вересня 2021 р. № 1002)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

ВІДОМОСТІ   
про наявність матеріально-технічної бази та кваліфікованого персоналу, необхідних для провадження господарської діяльності з електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Відомості про суб’єкта господарювання | | | | | | | |
| Для юридичної особи: | | Для фізичної особи - підприємця: | | | | | |
| найменування |  | прізвище | | | |  | |
| власне ім’я | | | |  | |
| по батькові (за наявності) | | | |  | |
| номер телефону | | | |  | |
| код згідно з ЄДРПОУ |  | реєстраційний номер облікової картки платника податків | | | | |  |
| форма власності |  |
|  | | паспорт: | | серія |  | | № |
| виданий | |  | | | |
| Відомості про керівника суб’єкта господарювання (для юридичної особи): | | | | | | | |
| прізвище | | |  | | | | |
| власне ім’я | | |  | | | | |
| по батькові (за наявності) | | |  | | | | |
| номер телефону | | |  | | | | |
| Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи - підприємця (індекс, область, район, місто/селище міського типу/ село/селище, вулиця, будинок) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Адреса електронної пошти | | | | | | | |

2. Аптечні заклади, через які здійснюється електронна роздрібна торгівля лікарськими засобами та їх доставка кінцевому споживачу

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Місце провадження господарської діяльності\* | Адреса місця провадження господарської діяльності  (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця,  будинок тощо) | Здійснюється доставка лікарського засобу  (так/ні) |

3. Регіони, у межах яких здійснюється доставка замовлених лікарських засобів (область, м. Київ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Адреса веб-сайта в Інтернеті \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Доставка замовлених лікарських засобів здійснюється:

власною службою доставки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(так/ні)

із залученням на договірних засадах інших суб’єктів господарювання - операторів поштового зв’язку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(так/ні, якщо “так”, зазначити для юридичної особи - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

повне найменування, ідентифікаційний код юридичної особи в Єдиному державному реєстрі

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
підприємств і організацій України, для фізичної особи - підприємця - прізвище, ім’я, по батькові (за

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
наявності), місцезнаходження (адреса місця проживання, за якою здійснюється зв’язок з фізичною

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

особою - підприємцем), реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(за наявності), номер паспорта, ким і коли виданий (для фізичних осіб, які через свої релігійні

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
переконання в установленому порядку відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової

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

картки платника податків)

6. До цих відомостей додаються копії затверджених ліцензіатом письмових стандартних робочих методик (стандартних операційних процедур), у яких описуються роботи з приймання, реєстрації, комплектування, зберігання, доставки замовлення на лікарські засоби, надання консультацій, а також відпуску лікарських засобів кінцевому споживачу (прошиті та завірені ліцензіатом) на \_\_\_\_\_\_ арк.

7. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам особи (осіб), на яку суб’єктом господарювання покладені обов’язки щодо приймання, оформлення замовлень на продаж лікарських засобів, надання консультацій під час замовлення лікарського засобу через веб-сайт.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Порядковий номер | Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) | Посада | 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) | Стаж роботи за фахом |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

{Ліцензійні умови доповнено додатком 24 згідно з Постановою КМ № 1002 від 22.09.2021}