“Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від 5 вересня 2023 р. № 1034)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (найменування юридичної особи/прізвище, власне 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:

молодших спеціалістів з медичною освітою:

фахівців з реабілітації: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги | Лікарські спеціальності, спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації | Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні) | | | | | |
| профі-лактики | діагнос-тики | лікування | реабілі-тації | хірургічні втручання | знебо-лення |

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

(найменування та вид закладу охорони здоров’я,

реабілітаційного закладу (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи,   
для фізичної особи - підприємця - прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), медичні   
спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики)

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, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного   
підрозділу (за наявності) із зазначенням дати видачі та номера розпорядчого документа про утворення   
закладу охорони здоров’я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)

структура закладу охорони здоров’я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи | Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, що провадять господарську діяльність з медичної практики, та його площа | Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі | | Технічний стан, рік випуску медичної техніки, медичних виробів та виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію |
| наймену-вання | кількість |

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. метрів.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Найменування засобів вимірювальної техніки | Дата останньої повірки | | Реквізити документа про повірку |
| місяць | рік |

Кадрові вимоги

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Прізвище, власне ім’я,  по батькові (за наявності) | Посада  (у тому числі посада, на яку буде зараховано) | Основна робота або робота за сумісниц-твом | Диплом (спеціаль-ність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Сертифікат спеціаліста (спеціаль-ність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) |

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою, фахівців з реабілітації

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Прізвище, власне ім’я,  по батькові (за наявності) | Посада  (у тому числі посада, на яку буде зараховано) | Основна робота або робота за сумісниц- твом | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано) | Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціаль-ність, номер, дата видачі, ким видано) | Посвідчення про присвоєння (підтверд-ження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, власне 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 статтю Кодексу законів про працю України | Реквізити документа (назва, дата видачі та номер) |
| число | місяць | рік |

Достовірність наведених даних підтверджую. Ознайомлений (ознайомлена) з інформацією про те, 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 і 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”).

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

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

\* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем.

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