

**ЗАЯВА**  
про проведення акредитації закладу охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я \_\_\_\_\_

Код згідно з ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_

Форма власності та відомче підпорядкування \_\_\_\_\_

Адреса закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_,  
телефон (телефакс) \_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_

в особі \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я та по батькові, посада керівника закладу охорони здоров'я)

просить провести акредитацію відповідно до Порядку акредитації закладу охорони здоров'я

№ п/п	Найменування документа	Кількість аркушів
1.	Копія положення (статуту) закладу, засвідчена в установленому законодавством порядку (крім статуту, що оприлюднений на порталі електронних сервісів відповідно до Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»)	
2.	Копії документів, що підтверджують речові права на нерухоме майно, у якому розташований заклад охорони здоров'я, та копії документів, що підтверджують право користування обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги, засвідчені в установленому законодавством порядку	
3.	Затверджена структура закладу	
4.	Звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ)	
5.	Звіт закладу про лікувальну роботу та/або фармацевтичну діяльність, проведеною за останні три роки, а у разі першої акредитації — за останні два роки (за формою, затвердженою МОЗ, відповідно до типу закладу)	
6.	Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки	

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_

(підпис)  
М.П. (за наявності)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали керівника закладу)