

ЗАЯВА

про проведення акредитації закладу охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я Комунальний заклад охорони здоров'я «Житомирський обласний онкологічний диспансер»Код згідно з ЄДРПОУ: 26859784Форма власності та відомче підпорядкування приватнаАдреса закладу охорони здоров'я 25699, м. Житомир, вул. Попудренка, 8,
телефон (телефакс) (0412) 58-52-14,e-mail: frpe@ukr.netв особі головного лікаря Іванова Петра Івановича

(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»)	5
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	15
3.	Затверджена структура закладу	1
4.	Звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ)	3
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)	25
6.	Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки	5

«25» березня 2017 р.

(підпис)
М.П. (за наявності)П.І. Іванов

(прізвище, ініціали керівника закладу)