

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
<p>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).</p> <p>.....</p> <p>Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.</p>	<p>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).</p> <p>.....</p> <p>Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів шляхом особистого звернення.</p>
<p>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, які 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.</p>	<p>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») та/або торгівельних відносин з резидентами держав, які 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.</p>
<p>7². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом спадкоємцем</p>	<p>7². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем</p>

або іншою уповноваженою на це особою. 	або іншою уповноваженою на це особою власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги».
Відсутній	9¹. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю «наркологія».
Відсутній	12¹. Медична допомога населенню може надаватись виїзними (мобільними) мультидисциплінарними командами (бригадами) у порядкух затверджених МОЗ.
13. Ліцензіат зобов'язаний: 6) забезпечити умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до приміщень; 10) повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (наочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його	13. Ліцензіат зобов'язаний: 6) забезпечити умови вільного доступу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення; 10) повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (шляхом особистого звернення, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із

освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися;

11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей та подавати статистичні звіти в установлені строки до органів державної статистики відповідно до статей 17 та 26 Закону України «Про офіційну статистику»;

.....

13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням ~~методології~~ доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);

.....

25) дотримуватися встановлених санітарних норм, зокрема щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, вивезення, знищення побутового сміття та медичних відходів;

26) дотримуватися вимог Порядку та умов обов'язкового

зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися;

11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей, та подавати статистичні звіти у строки та відповідно до вимог, встановлених МОЗ;

.....

13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);

.....

25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, заходів з профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Медичні відходи збираються, сортуються за категоріями, обробляються та видаляються відповідно до Державних санітарних норм та правил «Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпечності для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів», затверджених МОЗ;

26) забезпечити наявність і запас засобів

страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642 (Офіційний вісник України, 1998 р., № 42, ст. 1552);

.....

28) забезпечити організацію здійснення медичних оглядів найманих працівників відповідно до вимог, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» (Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950) та Порядком проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженим МОЗ;

14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, ліцензіат повинен здійснювати на матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я, які надають відповідний вид медичної

індивідуального захисту, які відповідають Державним стандартам України та проводити навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях;

.....

28) забезпечити організацію здійснення медичних оглядів найманих працівників **та працівників певних категорій** відповідно до вимог, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» (Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950), **Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ та Порядком проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженим МОЗ;**

14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені

<p>допомоги:</p> <p>в операційних блоках, які повинні бути ізольовані від усіх груп приміщень закладу охорони здоров'я і мати доступне сполучення з приміщеннями відділень анестезіології та реанімації, палатними відділеннями хірургічного профілю, приймальним відділенням;</p> <p>у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.</p>	<p>відповідним матеріально-технічним оснащенням.</p>
<p>15¹. Ліцензіат, який надає реабілітаційну допомогу, повинен:</p> <p>затвердити індивідуальний реабілітаційний план, у якому зазначаються результати обстеження, реабілітаційний період та прогноз, місце проведення реабілітації, найменування ліцензіата, який буде проводити реабілітацію, власні імена та прізвища фахівців, які залучені до реабілітації, мета і завдання реабілітації;</p> <p>Відсутній</p> <p>здійснювати моніторинг та оцінку результатів виконання плану, його коригування у разі необхідності;</p> <p>забезпечити доступність реабілітаційної допомоги;</p> <p>забезпечити послідовність та своєчасність залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у достатній кількості;</p> <p>розпочинати реабілітацію з реабілітаційного обстеження пацієнта, визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування, кількісної оцінки;</p> <p>застосовувати методи доказовості в реабілітації.</p>	<p>15¹. Ліцензіат, який надає реабілітаційну допомогу, повинен:</p> <p>затвердити індивідуальний реабілітаційний план у разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою;</p> <p>надавати реабілітаційну допомогу відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, або відповідно до мети, зазначеної у програмі терапії відповідно до частини першої статті 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»;</p> <p>здійснювати моніторинг та оцінку результатів виконання плану, його коригування у разі необхідності;</p> <p>забезпечити доступність реабілітаційної допомоги;</p> <p>забезпечити послідовність та своєчасність залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у достатній кількості;</p> <p>розпочинати реабілітацію з реабілітаційного обстеження пацієнта, визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування, кількісної оцінки;</p> <p>застосовувати методи доказовості в реабілітації.</p>

Відсутній	<p>15³. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає психіатричну допомогу в стаціонарних умовах, повинен:</p> <p>забезпечити для пацієнтів, вільним доступом до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;</p> <p>дотримуватись правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади;</p> <p>дотримуватись Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженому МОЗ.</p>
<p>16. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі клініко-діагностичні лабораторії (біохімічні, імунологічні, вірусологічні, мікробіологічні, медико-генетичні, патогістологічні та інші), забезпечує їх атестацію/акредитацію, зовнішній та внутрішній контроль якості досліджень і вимірювань.</p>	<p>16. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі клініко-діагностичні лабораторії (біохімічні, імунологічні, вірусологічні, мікробіологічні, медико-генетичні, патогістологічні та інші), забезпечує зовнішній та внутрішній контроль якості досліджень і вимірювань.</p>
<p>18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, вихованців (учнів, студентів) загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:</p> <p>укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами договору з амбулаторно-поліклінічним закладом, що має ліцензію, згідно з яким відповідні послуги надаватимуться відокремленим структурним підрозділом амбулаторно-поліклінічного</p>	<p>18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, працівників та здобувачів освіти (вихованців, учнів, студентів) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:</p> <p>укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти договору з закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, які</p>

<p>закладу; або відкриття на таких підприємствах, в установах, організаціях та закладах медичних кабінетів фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику на підставі ліцензії; або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.</p>	<p>отримали ліцензію на медичну практику, та створили на таких підприємствах, установах, організаціях та закладах освіти умови для медичного обслуговування; або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.</p>
<p>23. У разі коли ліцензіат має намір: зупинити повністю дію ліцензії, але не більше ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення повністю дії ліцензії згідно з додатком 5; відновити повністю дію ліцензії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення повністю дії ліцензії згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю їх дії, а в разі, коли дія ліцензії зупинена 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. У разі зупинення повністю дії ліцензії до відновлення</p>	<p>23. У разі коли ліцензіат має намір: зупинити повністю або частково дію ліцензії, але не більше ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення повністю або частково дії ліцензії згідно з додатком 5; відновити повністю або частково дію ліцензії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення повністю або частково дії ліцензії згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю або частково їх дії, а в разі, коли дія ліцензії зупинена 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.</p>

повністю її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю медичну практику.	У разі зупинення повністю або частково дії ліцензії до відновлення повністю або частково її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю або частково медичну практику.
Відсутній	<p>23¹. У разі наміру:</p> <p>провадження господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 9 та за новими видами надання медичної допомоги, які наведені в абзаці третьому пункту 9 цих Ліцензійних умов ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики за формою згідно з додатком 7, та документи, перелік яких передбачений пунктом 6 цих Ліцензійних умов</p> <p>припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково згідно з додатком 8.</p>
37. Ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення	37. Ліцензіат, окрім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі , за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу особам з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем

такого обстеження.	з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження.
<p style="text-align: center;">Додаток 1 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Здобувач ліцензії _____ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)*</p> <hr/> <p>(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —</p> <hr/> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття</p> <hr/> <p>реєстраційного номера облікової картки платника податків, повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)</p>	<p style="text-align: center;">«Додаток 1 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20 ____ р. № _____) <u>Міністерство охорони здоров'я України</u> (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Здобувач ліцензії _____ (повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p> <hr/> <p>(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців</p> <hr/> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця</p> <hr/> <p>(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)</p> <hr/> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p> <hr/> <p>(відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)</p>

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

адреса електронної пошти: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

_____ 20__ р. _____
 (підпис здобувача ліцензії або його 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.

номер телефону здобувача ліцензії: _____

е-mail здобувача ліцензії: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за:

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності

за видами надання медичної допомоги:

н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності
1.	☐ екстрена	
2.	☐ первинна	
3.	☐ спеціалізована	
4.	☐ паліативна	
5.	☐ реабілітаційна допомога	

_____ 20__ р. _____
 (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої) (власне ім'я та прізвище)

	особи)		
	МП		
	(за наявності)		
	Дата і номер реєстрації заяви ____ ____ 20____ р. № _____ ;	_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)	_____ (власне ім'я та прізвище)

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету
Міністрів України
від 27 грудня 2023 р. № 1393

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: _____

молодших спеціалістів з медичною освітою:

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні: _____

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

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

(повне 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: _____

молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні*: _____

2. Режим роботи суб'єкта господарювання

Порядк овий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Режим роботи (зазначається день тижня (цілодобово) з якої години початок та закінчення)
-------------------------	---	--

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога	Лікарські спеціальності і спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичні спеціальності	Методи, що застосовуються у медичній, реабілітаційній 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:

(найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підприємця

зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

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

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:

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

3. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична допомога, паліативна допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога	Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації
------------------	---	--	---

4. 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

зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця торгівельна марка (за наявності))

5. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу**:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:

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

<div><div></div><div>(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності))</div><div>структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі)</div></div>				<div>структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі)</div>			
<div>5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:</div> <div>(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)</div> <div>6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення**</div>				<div>6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:</div> <div>(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)</div> <div><div>1) не житлове приміщення<div>так☐</div><div>ні☐</div></div><div>2) окреме приміщення<div>так☐</div><div>ні☐</div></div><div>3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу<div>так☐</div><div>ні☐</div></div><div>4) ізольоване (має окремий вхід)<div>так☐</div><div>ні☐</div></div><div>5) вбудоване (прибудоване)<div>так☐</div><div>ні☐</div></div></div> <div>7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення***</div>			
Порядковий номер	Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця)	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення	Порядковий номер	Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто,	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення

	діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ)	провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності)	
--	--	--	--

6¹. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами (необхідне позначити):

так	☐
ні	☐

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

7. 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)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурно	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби	Технічний стан, рік випуску медичної техніки,

	провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ)	вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності)	
--	--	--	--

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами (необхідне позначити):

так	☐
ні	☐

9. Реквізити договору про утилізацію та знищення медичних відходів:

(дата, номер договору, з ким укладено та на який термін)

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

10. 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)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурно	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби	Технічний стан, рік випуску медичної техніки,

	го підрозділу та режим роботи	спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що проводять в ньому медичну практику, та його площа	медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

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

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

Кадрові вимоги

ий номер	ого структурного підрозділу	зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що проводять в ньому медичну практику, та його площа	вироби та виробни медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

Кадрові вимоги

11. 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

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

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

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

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по	Посада (у тому числі посада, на яку буде	Основна робота або робота за	Диплом (спеціальність, серія,	Свідоцтво про проходження підвищення	Посвідчення про присвоєння (підтвердження)	Сертифікат щодо проходження спеціаль
------------------	---------------------------	--	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------------

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

12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою

р	батькові (за наявності)	зараховано)	сумісництвом	номер, дата видачі, ким виданий)	кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)	них щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах	Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або робота за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
---	----------------------------	-------------	--------------	----------------------------------	--	--	--	------------------	--	--	---	--	---	---

11. 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, ім'я, по батькові	Номер запис	Дата	Відомості про прийом на роботу,	Реквізити документа (назва,
-----------------------------	-------------	------	---------------------------------	-----------------------------

13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації

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

(за наявності)	у				переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	дата видачі та номер)
		чи сло	місяць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю

(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в 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 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

_____ 20__ р. _____
(підпис здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця або їх уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)

* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

** У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про

			вом	видани й)	сть, номер, дата видачі, ким видано)	ть, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
--	--	--	-----	--------------	---	--

14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів охорони здоров'я

П ор яд ко ви й н о м ер	Прізвище , власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зарахов ано)	Осно вна робо та або робо та за сумі сниц твом	Дипло м (спеціа льність, серія, номер, дата видачі, ким видани й)	Сертиф ікат спеціалі ста (спеціа льність, серія, номер, дата видачі, ким видани й)	Посвідч ення про присвоє ння (підтвер дження) кваліфік аційної категорії (спеціаль ність, серія, номер, дата видачі, ким	Серти фікат щодо прохо дженн я спеціа льних щоріч них навчан ь з питань вакци нації, прави л органі
---	---	--	---	---	--	--	--

доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.

						видано, категорія) (за наявнос ті)	зації і технік и проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах
--	--	--	--	--	--	------------------------------------	--

15. 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, ім'я, по батькові	Номер запис	Дата	Відомості про прийом на роботу,	Реквізити документа (назва, дата
-----------------------------	-------------	------	---------------------------------	----------------------------------

	(за наявності)	у				переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	видачі та номер)
			чи сл о	міс яць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю _____
(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», **та/або торгівельних відносин з резидентами** держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в 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 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> _____ 20__ р. </div> <div style="text-align: center;"> _____ (підпис здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця або їх уповноваженої особи) </div> <div style="text-align: center;"> _____ (власне ім'я та прізвище) </div> </div> <p>* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.</p> <p>** Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.</p> <p>*** У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.</p>
--	--

Додаток 3
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

ОПИС
документів, що додаються до заяви про отримання
ліцензії
на провадження господарської діяльності з медичної
практики

Від _____
(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 —

реєстраційний номер облікової картки платника податків або, серія (за наявності) та
номер паспорта громадянина України

ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від
прийняття

реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це
відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)

Дата і номер реєстрації заяви: ____ 20__ р. № ____

Порядко вий номер	Найменування документа	Кількіст ь аркушів у докумен ті

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

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за
наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі
за серією та номером паспорта)

(відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище,
власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки
платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для
фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за
серією та номером паспорта)

Дата і номер реєстрації заяви: ____ 20__ р. № ____

Порядко вий номер	Найменування документа	Кількіст ь аркушів у

<p>Прийняв</p> <p>_____</p> <p>(кількість документів (цифрами і словами) _____ 20__ року</p> <p>_____</p> <p>(підпис відповідальної особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p> <p>_____ 20__ р.</p> <p>_____</p> <p>(підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1173 154 1337 229"></td> <td data-bbox="1337 154 2033 229"></td> <td data-bbox="2033 154 2184 229">докумен ті</td> </tr> </table> <p>Прийняв</p> <p>_____</p> <p>(кількість документів (цифрами і словами) _____ 20__ року</p> <p>_____</p> <p>(підпис відповідальної особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p> <p>_____ 20__ р.;</p> <p>_____</p> <p>(підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) _____</p> <p>(власне ім'я та прізвище) _____</p>			докумен ті
		докумен ті		
<p style="text-align: center;">Додаток 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. №1393)</p> <p>_____</p> <p>(найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Я, спадкоємець _____</p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p>	<p style="text-align: center;">Додаток 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20__ р. № _____) <u>Міністерство охорони здоров'я України</u> (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Спадкоємець _____</p> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта))</p>			

(місце (міся) провадження господарської діяльності з медичної практики)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності
з _____ медичної _____ практики

(дата та номер рішення про видачу

ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону: _____ адреса електронної пошти: _____

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.

_____ 20__ р.

(підпис спадкоємця або
його уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви: _____
20__ р. № _____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

(відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності _____ з _____ медичної _____ практики

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

Номер телефону спадкоємця: _____

e-mail спадкоємця: _____

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності

за видами надання медичної допомоги:

н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності
1.	☐ первинна	
2.	☐ спеціалізована	
3.	☐ паліативна	
4.	☐ реабілітаційна допомога	

за місцем (місцями) провадження діяльності: _____

	<p>До заяви додаю:</p> <table border="1"> <tr> <th data-bbox="1176 207 1323 336">Поряд- ковий номер</th><th data-bbox="1323 207 1830 336">Найменування документа</th><th data-bbox="1830 207 2190 336">Кількість аркушів у документі</th></tr> </table> <p>Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.</p> <p>_____ 20__ р. _____ (підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____ 20__ р. № _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</p>	Поряд- ковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
Поряд- ковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі		
<p>Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. №1393)</p> <p>_____</p> <p>(найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p>	<p>Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20____ р. № _____)</p> <p><u>Міністерство охорони здоров'я України</u> (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про зупинення дії ліцензії повністю або частково на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____ (повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____</p> <p>(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)</p>			

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(місце (місяця) провадження господарської діяльності з медичної практики) *</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи) номер телефону: _____ e-mail: _____</p> </div> <p>Прошу зупинити повністю дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____, (зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю) строком до _____ 20____ р. у зв'язку з _____</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(причина зупинення повністю дії ліцензії)</p> </div> <p>Я усвідомлюю, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення повністю дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю дії ліцензії.</p> <p>Про відновлення повністю дії ліцензії зобов'язуюсь повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.</p>	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)</p> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <p>(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p> </div> <p>(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)</p> <p>номер телефону ліцензіата: _____ e-mail ліцензіата: _____</p> <p>Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності _____ з _____ медичної _____ практики _____, (дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю або частково) за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 5%; text-align: center;">н/п</th> <th style="width: 75%; text-align: center;">Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Адреса провадження господарської діяльності</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">за видами надання медичної допомоги:</p>	н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності			
н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності					

_____ 20__ р.	_____ (підпис ліцензіата або його уповноваженої особи)	_____ (власне ім'я та прізвище)		н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності
	МП (за наявності)			1.	☐ екстрена	
				2.	☐ первинна	
				3.	☐ спеціалізована	
				4.	☐ паліативна	
				5.	☐ реабілітаційна допомога	

Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____

 (підпис особи, яка
прийняла заяву)

 (власне ім'я та
прізвище)

терміном до «__» _____ 20__ р., у зв'язку з _____

 (обов'язково вказується причина зупинення дії 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 повністю.

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.

 Дата і номер реєстрації
заяви _____ 20__ р. № _____

 (підпис ліцензіата або
іншої уповноваженої
особи)
МП (за наявності)

 (власне ім'я та
прізвище)

 (підпис особи, яка
прийняла заяву)

 (власне ім'я та
прізвище)

* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності з медичної практики.

Додаток 6
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету
Міністрів України
від 27 грудня 2023 р.
№1393)

(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/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

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

(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —

реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,

ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття

реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
Номер телефону: _____ адреса електронної пошти: _____

Адреса електронної пошти: _____

Додаток 6
до Ліцензійних умов (в редакції постанови
Кабінету Міністрів України від _____
20____ р. № _____)

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про відновлення дії ліцензії повністю **або частково** на
провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат _____

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

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця**

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

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

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

з _____ 20__ р., у зв'язку з _____

(підстава відновлення повністю дії ліцензії)

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

1. _____ додається на ____ арк.;

2. _____ додається на ____ арк.
(найменування документа, дата його видачі та його номер)

_____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або
іншої уповноваженої
особи)

(власне ім'я та
прізвище)

МП
(за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____

_____	_____
(підпис особи, яка прийняла заяву)	(власне ім'я та прізвище)

* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності з медичної практики.

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,

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

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим
Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності

за видами надання медичної допомоги:

н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності
1.	☐ екстрена	
2.	☐ первинна	
3.	☐ спеціалізована	
4.	☐ паліативна	
5.	☐ реабілітаційна допомога	

з «__» _____ 20__ р., у зв'язку з _____

(обов'язково вказується підстава відновлення дії ліцензії повністю або часто)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення

	<p>дії ліцензії повністю:</p> <p>1. _____ додається на _____ аркушах; 2. _____ додається на _____ аркушах. (найменування документа дата та його номер)</p> <p>«__» _____ 20__ р. _____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) МП (за наявності)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви _____ «__» _____ 20__ р. № _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>.</p>
Відсутній	<p style="text-align: center;">Додаток 7 до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;"><u>Міністерство охорони здоров'я України</u> (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <p>Ліцензіат _____ (повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareestrovane) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)</p> <p>_____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця</p>

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності

за видами надання медичної допомоги:

н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності

	1.	☐	екстрена		
	2.	☐	первинна		
	3.	☐	спеціалізована		
	4.	☐	паліативна		
	5.	☐	реабілітаційна допомога		
			«__» _____ 20__ р.	_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) МП (за наявності)	_____ (власне ім'я та прізвище)
			Дата і номер реєстрації заяви «__» _____ 20__ р. № _____	_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)	_____ (власне ім'я та прізвище)
			;		
Відсутній			Додаток 8 до Ліцензійних умов <u>Міністерство охорони здоров'я України</u> (найменування органу ліцензування) ЗАЯВА про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково Ліцензіат _____ (повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)		

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця**

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

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

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації	Адреса провадження господарської діяльності

	<p align="center">за видами надання медичної допомоги:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>н/п</th><th>Види медичної допомоги (необхідне відмітити)</th><th>Адреса провадження господарської діяльності</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>☐ екстрена</td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>☐ первинна</td><td></td></tr> <tr> <td>3.</td><td>☐ спеціалізована</td><td></td></tr> <tr> <td>4.</td><td>☐ паліативна</td><td></td></tr> <tr> <td>5.</td><td>☐ реабілітаційна допомога</td><td></td></tr> </tbody> </table> <div> <div>«__» _____ 20__ р.</div> <div>(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) МП (за наявності)</div> <div>(власне ім'я та прізвище)</div> </div> <div> <div>Дата і номер реєстрації заяви «__» ____ 20__ р. № _____</div> <div>(підпис особи, яка прийняла заяву)</div> <div>(власне ім'я та прізвище)</div> </div>	н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності	1.	☐ екстрена		2.	☐ первинна		3.	☐ спеціалізована		4.	☐ паліативна		5.	☐ реабілітаційна допомога	
н/п	Види медичної допомоги (необхідне відмітити)	Адреса провадження господарської діяльності																	
1.	☐ екстрена																		
2.	☐ первинна																		
3.	☐ спеціалізована																		
4.	☐ паліативна																		
5.	☐ реабілітаційна допомога																		
Відсутній	<p align="center">Додаток 9 до Ліцензійних умов</p> <p align="center">Перелік лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, за яким надається екстрена, первинна спеціалізована, паліативна медична допомога та реабілітаційна допомога</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>п/п</th><th>Назва спеціальності</th><th>Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна,</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	п/п	Назва спеціальності	Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна,															
п/п	Назва спеціальності	Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна,																	

			спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога)
	I Лікарські спеціальності		
	1.	Авіаційна та космічна медицина	Спеціалізована медична допомога
	2.	Акушерство і гінекологія	Спеціалізована медична допомога
	3.	Алергологія	Спеціалізована медична допомога
	4.	Анестезіологія	Спеціалізована та паліативна медична допомога
	5.	Бактеріологія	Спеціалізована медична допомога
	6.	Вірусологія	Спеціалізована медична допомога
	7.	Гастроентерологія	Спеціалізована медична допомога
	8.	Гематологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	9.	Генетика медична	Спеціалізована медична допомога

	10.	Геріатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	11.	Генетика лабораторна	Спеціалізована медична допомога
	12.	Дитяча алергологія	Спеціалізована медична допомога
	13.	Дитяча анестезіологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	14.	Дитяча гастроентерологія	Спеціалізована медична допомога
	15.	Дитяча гематологія	Спеціалізована медична допомога
	16.	Дитяча гематологія-онкологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	17.	Дитяча гінекологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	18.	Дерматовенерологія	Спеціалізована медична допомога
	19.	Дитяча дерматовенерологія	Спеціалізована медична допомога
	20.	Дієтологія	Спеціалізована медична допомога

	21.	Дитяча ендокринологія	Спеціалізована медична допомога
	22.	Дитячі інфекційні хвороби	Спеціалізована медична допомога
	23.	Дитяча імунологія	Спеціалізована медична допомога
	24.	Дитяча кардіологія	Спеціалізована медична допомога
	25.	Дитяча кардіоревматологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	26.	Дитяча неврологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	27.	Дитяча нефрологія	Спеціалізована медична допомога
	28.	Дитяча нейрохірургія	Спеціалізована медична допомога
	29.	Дитяча онкологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	30.	Дитяча ортопедія і травматологія	Спеціалізована медична допомога
	31.	Дитяча отоларингологія	Спеціалізована медична допомога
	32.	Дитяча офтальмологія	Спеціалізована медична

			допомога
	33.	Дитяча патологічна анатомія	Спеціалізована медична допомога
	34.	Дитяча психіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	35.	Дитяча пульмонологія	Спеціалізована медична допомога
	36.	Дитяча ревматологія	Спеціалізована медична допомога
	37.	Дитяча стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	38.	Дитяча урологія	Спеціалізована медична допомога
	39.	Дитяча фтизіатрія	Спеціалізована медична допомога
	40.	Дитяча хірургія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	41.	Ендокринологія	Спеціалізована медична допомога
	42.	Ендоскопія	Спеціалізована медична допомога
	43.	Епідеміологія	Спеціалізована медична допомога

	44.	Загальна практика - сімейна медицина	Первинна, паліативна медична допомога
	45.	Імунологія	Спеціалізована медична допомога
	46.	Інфекційні хвороби	Спеціалізована медична допомога
	47.	Клінічна імунологія	Спеціалізована медична допомога
	48.	Кардіологія	Спеціалізована медична допомога
	49.	Комбустіологія	Спеціалізована медична допомога
	50.	Клінічна лабораторна діагностика	Спеціалізована медична допомога
	51.	Клінічна біохімія	Спеціалізована медична допомога
	52.	Лабораторна імунологія	Спеціалізована медична допомога
	53.	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина	Спеціалізована медична допомога
	54.	Лікувальна фізкультура	Спеціалізована медична допомога

	55.	Мікробіологія і вірусологія	Спеціалізована медична допомога
	56.	Медична психологія	Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога
	57.	Медицина невідкладних станів	Екстрена та спеціалізована медична допомога
	58.	Народна та нетрадиційна медицина	Спеціалізована медична допомога
	59.	Наркологія	Спеціалізована медична допомога
	60.	Неврологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	61.	Нефрологія	Спеціалізована медична допомога
	62.	Нейрохірургія	Спеціалізована медична допомога
	63.	Неонатологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	64.	Організація і управління охороною здоров'я	Екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога

	65.	Онкологія	Спеціалізована та паліативна медична допомога
	66.	Ортопедія і травматологія	Спеціалізована медична допомога
	67.	Отоларингологія	Спеціалізована медична допомога
	68.	Онкоотоларингологія	Спеціалізована медична допомога
	69.	Офтальмологія	Спеціалізована медична допомога
	70.	Ортодонтія	Спеціалізована медична допомога
	71.	Ортопедична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	72.	Онкохірургія	Спеціалізована медична допомога
	73.	Паразитологія	Спеціалізована медична допомога
	74.	Пародонтологія	Спеціалізована медична допомога
	75.	Патологічна анатомія	Спеціалізована медична допомога
	76.	Педіатрія	Спеціалізована, паліативна,

			первинна медична допомога
	77.	Підліткова терапія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	78.	Променева терапія	Спеціалізована медична допомога
	79.	Проктологія	Спеціалізована медична допомога
	80.	Професійна патологія	Спеціалізована медична допомога
	81.	Психіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	82.	Психотерапія	Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога
	83.	Психофізіологія	Спеціалізована медична допомога
	84.	Пульмонологія	Спеціалізована медична допомога
	85.	Радіологія	Спеціалізована медична допомога
	86.	Радіонуклідна діагностика	Спеціалізована медична допомога

	87.	Рентгенологія	Спеціалізована медична допомога
	88.	Ревматологія	Спеціалізована медична допомога
	89.	Рефлексотерапія	Спеціалізована медична допомога
	90.	Санологія	Спеціалізована медична допомога
	91.	Спортивна медицина	Спеціалізована медична допомога
	92.	Сексопатологія	Спеціалізована медична допомога
	93.	Стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	94.	Суднова медицина	Спеціалізована медична допомога
	95.	Сурдологія	Спеціалізована медична допомога
	96.	Судинна хірургія	Спеціалізована медична допомога
	97.	Терапія	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога

	98.	Терапевтична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	99.	Токсикологія	Спеціалізована медична допомога
	100.	Трансплантологія	Спеціалізована медична допомога
	101.	Трансфузіологія	Спеціалізована медична допомога
	102.	Торакальна хірургія	Спеціалізована медична допомога
	103.	Ультразвукова діагностика	Спеціалізована медична допомога
	104.	Урологія	Спеціалізована медична допомога
	105.	Фізіотерапія	Спеціалізована медична допомога
	106.	Фізична та реабілітаційна медицина	Реабілітаційна допомога
	107.	Фтизіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	108.	Функціональна діагностика	Спеціалізована медична допомога

	109.	Хірургічна стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	110.	Хірургія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
	111.	Хірургія серця і магістральних судин	Спеціалізована медична допомога
	112.	Щелепно-лицева хірургія	Спеціалізована медична допомога
	II Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою		
	113.	Акушерська справа	Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога
	114.	Лабораторна справа (клініка)	Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога
	115.	Лабораторна справа (гігієна)	Спеціалізована медична допомога
	116.	Лабораторна справа (патологія)	Спеціалізована медична допомога
	117.	Лікувальна справа	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
	118.	Лікувальна справа (невідкладні стани)	Екстрена медична допомога
	119.	Медична статистика	Спеціалізована, паліативна, екстрена, первинна медична

			допомога
	120.	Медико-профілактична справа	Спеціалізована медична допомога
	121.	Рентгенологія	Спеціалізована медична допомога
	122.	Санологія	Спеціалізована медична допомога
	123.	Сестринська справа	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
	124.	Сестринська справа (операційна)	Спеціалізована медична допомога
	125.	Стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	126.	Ортопедична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	III Фахівці з реабілітації		
	127.	Ерготерапія	Реабілітаційна допомога
	128.	Клінічна психологія	Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога
	129.	Клінічне душпастирство	Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога

	130.	Протезування-ортезування	Реабілітаційна допомога
	131.	Психотерапія	Реабілітаційна допомога
	132.	Терапія мови і мовлення	Реабілітаційна допомога
	133.	Фізична терапія	Реабілітаційна допомога
	IV Фармацевтичні спеціальності		
	134.	Фармація	Первинна медична допомога
	135.	Клінічна фармація	Первинна медична допомога

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«_____» _____ 2025 р.