МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЛІЦЕНЗУВАННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

ЗМІНИ ПОСТАНОВОЮ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ВІД 02 ЛИПНЯ 2025 РОКУ № 781 **НАБИРАЮТЬ ЧИННОСТІ 08 СІЧНЯ 2026 РОКУ**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОРЯДОК ДЕННИЙ:

1. ПРЕЗЕНТАЦІЯ ПОСТАНОВИ КМУ ВІД 02.07.2025 № 781 (КЛЮЧОВІ ЗМІНИ).
2. ОПРАЦЮВАННЯ ФОРМ ЗАЯВ ТА ВІДОМОСТЕЙ ПРО СТАН МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ.
3. ОСНОВНІ ЗМІНИ ДО ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВИДІВ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ».
4. ЗАПИТАННЯ-ВІДПОВІДІ.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА КМУ ВІД 02.07.2025 № 781 *«ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ЛІЦЕНЗІЙНИХ УМОВ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»*

ПРИВЕДЕНО ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ У ВІДПОВІДНІСТЬ ДО *ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВИДІВ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ» ТА ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО АДМІНІСТРАТИВНУ ПРОЦЕДУРУ»*

КЛЮЧОВІ ЗМІНИ

ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ (В РЕДАКЦІЇ ПОСТАНОВИ КМУ ВІД 27.12.2023 № 1393)	ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ (В РЕДАКЦІЇ ПОСТАНОВИ КМУ ВІД 02.07.2025 № 781)
Дозволено ЗПТ в багатоквартирних жилих будинках або комплексах	**НЕ ДОПУСКАЄТЬСЯ провадити ЗПТ в багатоквартирних жилих будинках або комплексах**
ЗАСТАРІЛІ ВИМОГИ ЩОДО ЗБЕРІГАННЯ ТА УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ	**Оновлено вимоги щодо дотримання зберігання та утилізації медичних відходів (наказ МОЗ від 31.10.2024 № 1827)**
ВІДСУТНІ ОКРЕМІ ВИМОГИ ДО ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	**ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОВЕДЕНИХ ПЕРЕВІРОК СФОРМУЛЬОВАНО ОКРЕМІ ВИМОГИ ДО ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ:** - забезпечення вільним доступом пацієнтів до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час; - ЗАБОРОНЕНО встановлювати ґрати на вікнах палат, ДОТРИМУВАТИСЯ правил застосування фізичного обмеження та/або ізоляції
ВІДСУТНЯ НОРМА ЩОДО ПОДАННЯ ЗВІТНОСТІ у сфері охорони здоров'я	**Запроваджено ведення та подання форм звітності відповідно до заявлених спеціальностей у строки, встановлені МОЗ для всіх ліцензіатів**
Відсутня норма	**Подання документів в електронному вигляді з використанням електронного підпису в ЕЛЕКТРОННОМУ КАБІНЕТІ**

КЛЮЧОВІ ЗМІНИ

ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ (В РЕДАКЦІЇ ПОСТАНОВИ КМУ ВІД 27.12.2023 № 1393)	ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ (В РЕДАКЦІЇ ПОСТАНОВИ КМУ ВІД 02.07.2025 № 781)
Методи у медичній практиці та перелік засобів вимірювальної техніки, що підлягають повірці – *ключові причини відмов у отриманні ліцензії, а також залученні змін до Ліцензійного реєстру*	**СПРОЩЕННЯ для СГ (Виключено з відомостей)** Обов'язок у дотриманні вимог покладається на СГ Контроль МОЗ при проведенні заходів державного нагляду (контролю)
Неподільний вид господарської діяльності «медична практика»	**Медична практика поділяється на частини, що надає переваги СГ,** розширює спектр прав під час провадження господарської діяльності
Можливість отримання ліцензії за спеціальностями	Ліцензія видається за визначеними Ліцензійними умовами **спеціальностями, що дозволяє СГ зрозуміло та прозоро дотримуватися встановлених вимог**
Доступність місць провадження для маломобільних груп населення обов'язкова для всіх СГ	**ВИКЛЮЧЕННЯ для Центрів ЕМД та МК і ЗОЗ на територіях можливих бойових дій**
Зупинення/припинення дії ліцензії повністю за заявою (тобто за всіма спеціальностями (в тому числі за результатами заходів державного нагляду/контролю)	**Зупинення/припинення дії ліцензії за заявою за певним видом та окремою (окремими) спеціальностями**

НОВІ ПОНЯТТЯ В ЗАКОНІ УКРАЇНИ «ПРО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВИДІВ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ»

Припинення дії ліцензії повністю або частково - позбавлення суб'єкта господарювання права на провадження виду господарської діяльності або частини виду господарської діяльності, на який йому видано ліцензію, шляхом прийняття органом ліцензування рішення про припинення дії ліцензії повністю або частково, про що робиться запис у ліцензійному реєстрі.

Зупинення дії ліцензії повністю або частково - тимчасове припинення суб'єкту господарювання права на провадження виду господарської діяльності або частини виду господарської діяльності, на який йому видано ліцензію, шляхом прийняття органом ліцензування рішення про зупинення дії ліцензії повністю або частково, про що робиться запис у ліцензійному реєстрі.

Ліцензійна справа - єдиний набір документів в електронній формі на електронних носіях інформації (або в електронній формі на електронних носіях інформації, у тому числі відсканованих, якщо заявник подав заяву та документи на паперових носіях) стосовно відповідного здобувача ліцензії чи ліцензіата, які подані ним, що надходять до органу ліцензування від органів державної влади, юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців або фізичних осіб чи прийняті органом ліцензування в результаті реалізації своїх повноважень відповідно до цього Закону.

ТИПИ ЗАЯВ НА:



Зупинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.



Відновлення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.



Розширення провадження господарської діяльності з медичної практики.



Припинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

ОНОВЛЕНО ВІДОМОСТІ про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу, його освітнього і кваліфікаційного рівня

ПОСТАНОВОЮ КМУ ВІД 02.07.2025 № 781 ВНЕСЕНІ ЗМІНИ ДО ВСТАНОВЛЕНИХ ФОРМ ЗАЯВ ТА ВІДОМОСТЕЙ ПРО СТАН МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ ДЛЯ ПОДАЧІ ДОКУМЕНТІВ

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

СПИСОК:

- **Заява про зупинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**
- **Заява про відновлення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**
- **Заява про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики**
- **Заява про припинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

Назва ЗАЯВИ - ЗУПИНЕННЯ

Номер телефону
адреса електронної пошти

ОСНОВНА частина

Додаток 5
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 2 липня 2025 р. № 781)

_____МОЗ України_
(найменування органу ліцензування)

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

Ліцензіат ____ ФОП Семікоз Володимир Петрович _____
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

_____
по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

___ Тернопільська обл., м. Тернопіль, вул. А. Чайковського, буд. 43 Б
місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування) фізичної особи — підприємця,

_____
для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців –
_____272589633_____
реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України

_____
(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

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

_____
відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: _0502441111___
Адреса електронної пошти ліцензіата: semikoz@ukr.net

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _ видану наказом від 16.05.2019 № 1077____:
(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю або частково)

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☑ так ☐ ні

Зазначається адреса зупинення, вид МД та спеціальність

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 реабіліта
1	м. Київ, вул. Печерська, буд. 5. приміщ. 2	спеціалізована медична допомога	«акушерство і гінекологія

Зазначається строк, на який зупиняється ліцензія та причина

строком до 01 червня 2026р. у зв'язку з відсутністю лікаря-акушера-гінеколога

(причина зупинення повністю або частково дії ліцензії)

Я поінформований про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності" зупинення повністю або частково дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю або частково дії ліцензії.

Зобов'язання СГ повідомити про відновлення

Про відновлення повністю або частково дії ліцензії зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

01.01.2026 р. _____ Володимир Семікоз

(підпис ліцензіата або 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)

{Ліцензійні умови доповнено додатком 5 згідно з Постановою КМ № 1393 від 27.12.2023; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 536 від 10.05.2024; в редакції Постанови КМ № 781 від 02.07.2025}

Назва ЗАЯВИ – РОЗШИРЕННЯ

Номер телефону
адреса електронної пошти

ОСНОВНА частина

Додаток 8
до Ліцензійних умов
Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат Товариство з обмеженою відповідальністю «Стоматолог»
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

01001 м. Київ, вул. М. Грушевського, буд. 7
місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування) фізичної особи — підприємця,

45451212
для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців –

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

(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

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

відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: 0954871514

Адреса електронної пошти ліцензіата: _stomat@gmail.com___

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики виданої наказом МОЗ від 20.01.2020 № 45
(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

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

Зазначається адреса розширення, вид МД та спеціальність

1	Київська обл., Обухівський р-н, м. Обухів, вул. Героїв Небесної Соні, буд. 5, нежитлове приміщ.12	спеціалізована медична допомога	анестезіологія, дитяча стоматологія, ортодонтія, ортопедична стоматологія, стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія; за спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа, рентгенологія

Зазначається адреса розширення, вид МД та спеціальність

2	Київська обл., Вишгородський р-н, м. Вишгород, пр-т Перемоги, буд. 37, офіс 177	спеціалізована медична допомога	дитяча стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія; за спеціальністю молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа

10 січня 2026 р.

_____
(підпис ліцензіата або уповноваженої особи)

Олександр Петренко
(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)

{Ліцензійні умови доповнено додатком 8 згідно з Постановою КМ № 781 від 02.07.2025}

Назва ЗАЯВИ – ПРИПИНЕННЯ повністю або частково (зазначити, що потрібно)

Номер телефону
адреса електронної пошти

ОСНОВНА частина ЗАЯВИ – ПРИПИНИТИ (відмітити, що потрібно галочкою)
Частково V

Додаток 9
до Ліцензійних умов
Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

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

Ліцензіат Товариство з обмеженою відповідальністю «Стоматолог»
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

01001 м. Київ, вул. М. Грушевського, буд. 7
місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування) фізичної особи — підприємця,

45451212
для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців –

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

(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

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

відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: 0954871514

Адреса електронної пошти ліцензіата: _stomat@gmail.com___

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики __виданої наказом МОЗ від 20.01.2020 № 45_____:
(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

повне: ☐ так ☐ ні

часткове: ☑ так ☐ ні

Зазначається адреса вид МД та спеціальність, що припиняються суб'єктом

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
1	Київська обл., Обухівський р-н, м. Обухів, вул. Героїв Небесної Сотні, буд. 5, нежитлове приміщ.12	спеціалізована медична допомога	дитяча стоматологія, ортодонтія, ортопедична стоматологія.

___ _____ 20__ р.

_____
(підпис ліцензіата або уповноваженої особи)

Олександр Петренко
(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)

{Ліцензійні умови доповнено додатком 9 згідно з Постановою КМ № 781 від 02.07.2025}

Назва ЗАЯВИ
– припинення повністю або частково

Додаток 9
до Ліцензійних умов
Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

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

Ліцензіат Товариство з обмеженою відповідальністю «Стоматолог»
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

01001 м. Київ, вул. М. Грушевського, буд. 7
місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування) фізичної особи — підприємця,

45451212
для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців –

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

(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

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

відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону
адреса електронної пошти

Номер телефону ліцензіата: 0954871514

Адреса електронної пошти ліцензіата: _stomat@gmail.com___

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики __виданої наказом МОЗ від 20.01.2020 № 45_____:
(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

ОСНОВНА частина ЗАЯВИ – ПРИПИНИТИ
(відмітити, що потрібно галочкою)
повне V

повне: ☑ так ☐ ні

часткове: ☐ так ☐ ні

ПЛАТА за отримання ліцензії з 1 січня 2026 року (відповідно до ЗУ «Про Державний бюджет на 2026 рік»)

Розрахункові реквізити для внесення плати за отримання ліцензії:
сума до сплати – 3 328 гривень
код бюджетної класифікації - 22011800
код відомчої ознаки МОЗ України - 18
найменування коду класифікації доходів бюджету - «Плата за ліцензії та сертифікати, що сплачується ліцензіатами за місцем здійснення діяльності»
банк отримувача - ГУДКСУ у відповідній області (плата за отримання ліцензії вноситься на рахунки територіальних органів Державного казначейства).

У разі розширення ліцензії за новими спеціальностями:

Плата за розширення провадження господарської діяльності з медичної практики **за новими спеціальностями та видами медичної допомоги**, справляється як за отримання нової ліцензії відповідно до частини першої статті 14 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», **з 01.01.2026 складає 3 328 гривень** (розмір одного прожиткового мінімуму для працездатних осіб).

ТЕРМІНИ РОЗГЛЯДУ ТА ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ

3 ДНІ

- залишення заяви **БЕЗ РУХУ;**
- залишення заяви **БЕЗ РОЗГЛЯДУ;**
- **ЗАКРИТТЯ ПРОВАДЖЕННЯ**

5 ДНІВ

- ***ЗУПИНЕННЯ*** *дії ліцензії повністю або частково;*
- ***ВІДНОВЛЕННЯ*** *дії ліцензії повністю або частково;*
- ***ПРИПИНЕННЯ*** *дії ліцензії повністю або частково*

10 ДНІВ

- ***ВИДАЧА*** *ліцензії;*
- ***ВІДМОВА*** *у видачі ліцензії;*
- ***ПРИПИНЕННЯ РОЗГЛЯДУ ЗАЯВИ*** *про отримання ліцензії;*
- ***розгляд ЗАЯВИ ПРО ВІДКЛИКАННЯ*** *раніше поданої заяви про отримання ліцензії*

ВИМОГИ ДО ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗМІНИ ДАНИХ ()

1

Міністерство охорони здоров'я України

найменування органу ліцензування

2

найменування та ідентифікаційний код ліцензіата - юридичної особи або прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) та реєстраційний номер облікової картки платника податків ліцензіата - фізичної особи - підприємця чи серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта) згідно з відомостями з ліцензійного реєстру

3

суть

повідомлення або заяви

4

дата складення

повідомлення або заяви

5

СТРОК повідомлення СУБ ЄКТОМ ГОСПОДАРЮВАННЯ органу ліцензування не повинен перевищувати один місяць з дня настання таких змін

6

Підставою для відмови у внесенні змін є невідповідність таких даних вимогам ліцензійних умов.

Наведіть сканером на QR код, перейдіть на сторінку Міністерства охорони здоров'я України

в розділ ЛІЦЕНЗУВАННЯ

та отримайте всі необхідні форми та зразки заповнених документів

Сайт МОЗ