

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

**до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року № 285 щодо забезпечення якості надання медичної допомоги»**

| Зміст положення акта законодавства                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Зміст відповідного положення проєкту акта                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>4. Терміни у цих Ліцензійних умовах вживаються у такому значенні:</p> <p>.....</p> <p>господарська діяльність з медичної практики (далі - медична практика) - вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.</p>                                                                                             | <p>4. Терміни у цих Ліцензійних умовах вживаються у такому значенні:</p> <p>.....</p> <p><b>«господарська діяльність з медичної практики (далі – медична практика) – діяльність у сфері охорони здоров'я, яка підлягає ліцензуванню відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», що провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної (реабілітаційної) допомоги (послуги) та медичного обслуговування».</b></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, <del>що додаються до заяви про отримання ліцензії</del> (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів шляхом особистого</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 (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів шляхом особистого звернення та підписується здобувачем ліцензії або</p>                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| звернення та підписується здобувачем ліцензії або уповноваженою ним особою.                                                                                                                                                                                                                                              | уповноваженою ним особою.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>9. Медична практика ліцензіатом провадиться:</p> <p>за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівцями з реабілітації, перелік яких затверджений МОЗ, а також фармацевтичними спеціальностями у порядку, передбаченому цими Ліцензійними умовами;</p> <p>.....</p> | <p>9. Медична практика ліцензіатом провадиться:</p> <p><b>за лікарськими спеціальностями, спеціальностями професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичними спеціальностями згідно з додатком 7 у порядку, передбаченому цими Ліцензійними умовами;</b></p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>9<sup>1</sup>. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних будинках з метою надання пацієнтам замісної підтримувальної терапії з використанням наркотичних засобів, зокрема фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю “наркологія”.</p>       | <p>9<sup>1</sup>. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних будинках з метою надання пацієнтам замісної підтримувальної терапії з використанням наркотичних засобів, зокрема фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю “наркологія”.</p> <p><b>Замісна підтримувальна терапія осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів надається закладами охорони здоров'я у порядку, затвердженому МОЗ.</b></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>.....</p> <p>Відсутній</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>.....</p> <p><b>14) забезпечити ветеранам війни, статус яких визначений Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», позачерговою медичною допомогою (послугою), доглядом та супроводом в закладі охорони здоров'я;</b></p>                                                                                        |
| <p>24. Медичну допомогу повинні надавати особи, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ.</p> <p>Зазначена вимога не поширюється на осіб, визначених частиною п'ятою статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>24. Медичну допомогу повинні надавати лікарі, професіонали та фахівці у сфері охорони здоров'я, фармацевти, які відповідають професійним стандартам за відповідними професіями або кваліфікаційним характеристикам, затвердженим МОЗ.</b></p> <p>Зазначена вимога не поширюється на осіб, визначених частиною п'ятою статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я.</p> |
| <p><del>25. Відповідність спеціальним освітнім і кадровим вимогам медичних (фармацевтичних) працівників із числа лікарів і провізорів засвідчується:</del></p> <p><del>документом про вищу освіту державного зразка;</del></p> <p><del>сертифікатом лікаря-спеціаліста (провізора-спеціаліста) встановленого зразка, виданим вищим медичним навчальним закладом, закладом післядипломної освіти;</del></p> <p><del>посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії з лікарських (провізорських) спеціальностей (за наявності);</del></p> <p><del>свідомством про проходження підвищення кваліфікації (за наявності).</del></p> | <p><b>25. Виключити</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <p><del>26. Відповідність спеціальним освітнім і кадровим вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою працівників повинна бути підтверджена:</del></p> <p><del>дипломом про вищу освіту (молодший спеціаліст) державного зразка;</del></p> <p><del>свідоцтвом про проходження спеціалізації, перепідготовки, підвищення кваліфікації;</del></p> <p><del>посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії із спеціальності молодшого спеціаліста з медичною освітою встановленого зразка (за наявності);</del></p> <p><del>свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою встановленого зразка (за наявності).</del></p> | <p><b>26. Виключити</b></p>             |
| <p><del>26<sup>1</sup>. Фахівці з реабілітації повинні відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ.</del></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>26<sup>1</sup>. Виключити</b></p> |
| <p><del>27. Відповідність спеціальним освітнім і кадровим вимогам інших працівників, які працюють у системі охорони здоров'я, повинна бути підтверджена:</del></p> <p><del>документом про вищу освіту державного зразка за спеціальностями “Біологія” або “Хімія” згідно з чинним на момент отримання диплому про вищу освіту переліком напрямів і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах;</del></p>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>27. Виключити</b></p>             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><del>сертифікатом спеціаліста за спеціальностями “Бактеріологія”, “Біологія”, “Генетика лабораторна”, “Клінічна біохімія”, “Клінічна лабораторна діагностика”, “Лабораторна імунологія”, “Мікробіологія та вірусологія” встановленого зразка, виданим вищим медичним навчальним закладом, закладом післядипломної освіти;</del></p> <p><del>посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальностями: “Бактеріологія”, “Біологія”, “Генетика лабораторна”, “Клінічна біохімія”, “Клінічна лабораторна діагностика”, “Лабораторна імунологія”, “Мікробіологія та вірусологія” встановленого зразка (за наявності).</del></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><del>31. Медичні та немедичні працівники повинні відповідати освітнім і кадровим вимогам, що затверджені МОЗ та зазначені у відповідному розділі цих Ліцензійних умов.</del></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>31. Виключити</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><del>32. Суб’єкт господарювання забезпечує наявність щонайменше одного медичного працівника, зокрема з числа працюючих за сумісництвом, за кожною заявленою лікарською спеціальністю, спеціальністю молодших спеціалістів з медичною освітою та немедичних працівників, які працюють у системі охорони здоров’я.</del></p> <p><del>Кількість посад медичних і немедичних працівників визначається керівником закладу охорони здоров’я та фізичною особою підприємцем залежно від обсягу, нормативів надання медичної допомоги відповідного рівня та заявлених спеціальностей.</del></p>                                                                                 | <p><b>32. Суб’єкт господарювання забезпечує наявність щонайменше одного працівника сфері охорони здоров’я, зокрема з числа працюючих за сумісництвом, за кожною заявленою лікарською спеціальністю, спеціальністю професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров’я, фармацевтичною спеціальністю.</b></p> <p><b>Не допускається введення посад працівників сфери охорони здоров’я, не передбачених у Переліку професій (посад) працівників сфери охорони здоров’я, затвердженого наказом МОЗ від 05 липня 2025 року № 1065.</b></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Не допускається введення посад, не передбачених у переліку лікарських посад, посад молодших спеціалістів з медичною освітою та номенклатурі спеціальностей професіоналів із вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>33. Суб'єкт господарювання, який вперше утворює заклад охорони здоров'я, та фізична особа - підприємець у строк не пізніше ніж один місяць з моменту отримання повідомлення від органу ліцензування про прийняття рішення про видачу йому ліцензії укладає трудовий договір з медичними працівниками, які були заявлені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії, на зазначені ним посади.</p> <p>У разі неможливості укласти трудові договори з медичними працівниками, які були заявлені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії, на зазначені ним посади ліцензіат повідомляє про це органу ліцензування у порядку, встановленому підпунктом 10 пункту 13 цих Ліцензійних умов.</p> | <p><b>33. Ліцензіат у строк не пізніше ніж один місяць з дня прийняття органом ліцензування рішення про видачу йому ліцензії або її розширення укладає трудовий договір з медичними працівниками, які були заявлені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії або її розширення, на зазначені ним посади.</b></p> <p><b>У разі неможливості укласти трудові договори з медичними працівниками, які були заявлені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії або її розширення, на зазначені ним посади ліцензіат повідомляє про це органу ліцензування у порядку, встановленому підпунктом 10 пункту 13 цих Ліцензійних умов.</b></p> |
| <p>34. Фізична особа - підприємець має право приймати на роботу лікарів відповідно до заявленої спеціальності, а молодших спеціалістів з медичною освітою - залежно від профілю (спеціальності) за умови, що їх кваліфікаційний рівень відповідає єдиним кадровим вимогам, затвердженим МОЗ.</p> <p><del>Фізичні особи - підприємці з числа молодших</del></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>34. Фізична особа - підприємець має право приймати на роботу лікарів, професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтів, які відповідають професійним стандартам за відповідними професіями або кваліфікаційним характеристикам, затверджених МОЗ.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

~~спеціалістів з медичною освітою провадять медичну практику  
самостійно або під керівництвом лікаря.~~

Додаток 1  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. № 781)

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про отримання ліцензії на провадження  
господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії \_\_\_\_\_

(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

\_\_\_\_\_ по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ 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,

\_\_\_\_\_ 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),

Додаток 1  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. № 781)

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про отримання ліцензії на провадження  
господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії \_\_\_\_\_

(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

\_\_\_\_\_ по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ 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,

\_\_\_\_\_ 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)

Відомості про місця провадження господарської діяльності:

| 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 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Номер телефону здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

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.

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)

Відомості про місця провадження господарської діяльності:

| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Номер телефону здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_

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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p style="text-align: center;">Додаток 2<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету<br/>Міністрів України<br/>від 2 липня 2025 р. № 781)</p> <p style="text-align: center;"><b>ВІДОМОСТІ</b><br/>про стан матеріально-технічної<br/>бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього<br/>і кваліфікаційного рівня</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи —<br/>підприємця)</p> <p>Загальна інформація</p> <p>1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за<br/>якими провадитиметься господарська діяльність з медичної<br/>практики:<br/>лікарські: _____</p> <hr/> <p>молодші спеціалісти з медичною освітою: _____<br/>фахівці з реабілітації: _____<br/>фармацевтичні*: _____</p> | <p style="text-align: center;">Додаток 2<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету<br/>Міністрів України<br/>від 2 липня 2025 р. № 781)</p> <p style="text-align: center;"><b>ВІДОМОСТІ</b><br/>про стан матеріально-технічної<br/>бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього<br/>і кваліфікаційного рівня</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи —<br/>підприємця)</p> <p>Загальна інформація</p> <p><b>1. Інформація про спеціальності медичних працівників,<br/>за якими провадитиметься господарська діяльність з<br/>медичної практики:</b><br/>лікарські: _____<br/>спеціальності професіоналів у сфері охорони здоров'я: ____<br/>спеціальності фахівців у сфері охорони здоров'я: _____<br/><br/>фармацевтичні*: _____</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                                               |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                  |                                                     |                                    |                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |                  |                                                     |                         |                                              |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <p>.....</p> <p>3. Інформація про види медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики</p> <table border="1"> <tr> <td>Порядковий номер</td> <td>Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики</td> <td>Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога</td> <td>Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації</td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>10. Перелік приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)***</p> <table border="1"> <tr> <td>Порядковий номер</td> <td>Найменування відокремленого структурного підрозділу</td> <td>Найменування приміщення (кабінету)</td> <td>Перелік оснащення (медичні вироби та вироби)</td> <td>Технічний стан, рік випуску медичної техніки,</td> </tr> </table> |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                                               | 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 | Порядковий номер | Найменування відокремленого структурного підрозділу | Найменування приміщення (кабінету) | Перелік оснащення (медичні вироби та вироби) | Технічний стан, рік випуску медичної техніки, | <p>.....</p> <p>3. Інформація про види медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики</p> <table border="1"> <tr> <td>Порядковий номер</td> <td>Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики</td> <td>Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога</td> <td>Лікарські спеціальності, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності</td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>10. Перелік приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)***</p> <table border="1"> <tr> <td>Порядковий номер</td> <td>Найменування відокремленого структурного підрозділу</td> <td>Найменування приміщення</td> <td>Перелік оснащення (медичні вироби та вироби)</td> <td>Технічний стан, рік випуску медичної техніки,</td> </tr> </table> |  |  |  |  | Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності | Порядковий номер | Найменування відокремленого структурного підрозділу | Найменування приміщення | Перелік оснащення (медичні вироби та вироби) | Технічний стан, рік випуску медичної техніки, |
| 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 |                                               |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                  |                                                     |                                    |                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |                  |                                                     |                         |                                              |                                               |
| Порядковий номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Найменування відокремленого структурного підрозділу                   | Найменування приміщення (кабінету)             | Перелік оснащення (медичні вироби та вироби)                                                                            | Технічний стан, рік випуску медичної техніки, |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                  |                                                     |                                    |                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |                  |                                                     |                         |                                              |                                               |
| Порядковий номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності  |                                               |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                  |                                                     |                                    |                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |                  |                                                     |                         |                                              |                                               |
| Порядковий номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Найменування відокремленого структурного підрозділу                   | Найменування приміщення                        | Перелік оснащення (медичні вироби та вироби)                                                                            | Технічний стан, рік випуску медичної техніки, |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                  |                                                     |                                    |                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |                  |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |                  |                                                     |                         |                                              |                                               |

| р                        | ого<br>підрозділу | із<br>зазначення<br>м<br>лікарських<br>спеціально<br>стей,<br>спеціально<br>стей<br>молодших<br>спеціалісті<br>в з<br>медичною<br>освітою,<br>фахівців з<br>реабілітації<br><br>,<br>фармацевт<br>ичних<br>спеціально<br>стей, що<br>проводять<br>в ньому<br>медичну<br>практику,<br>та його<br>площа | медичного<br>призначення)<br>із<br>зазначенням<br>повного<br>найменуванн<br>я виробника,<br>моделі |               | виробів<br>медичного<br>призначен<br>ня,<br>апаратури,<br>приладів,<br>інструмент<br>арію | номе<br>р                | структурно<br>го<br>підрозділу | (кабінету)<br>із<br>зазначення<br>м<br>лікарськи<br>х<br>спеціально<br>стей,<br>спеціально<br>стей<br>професіон<br>алів та<br>фахівців у<br>сфері<br>охорони<br>здоров'я,<br>фармацевт<br>ичних<br>спеціально<br>стей, що<br>проводять<br>в ньому<br>медичну<br>практику,<br>та його<br>площа | вироби<br>медичного<br>призначення)<br>із<br>зазначенням<br>повного<br>найменування<br>виробника,<br>моделі |               | техніки,<br>виробів<br>медичного<br>призначен<br>ня,<br>апаратури,<br>приладів,<br>інструмент<br>арію |
|--------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | найме<br>ну-<br>вання                                                                              | кількі<br>сть |                                                                                           |                          |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                               | найме<br>ну-<br>вання                                                                                       | кількі<br>сть |                                                                                                       |
| Загальна площа приміщень |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |               | кв. метрів                                                                                | Загальна площа приміщень |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                             |               | кв. метрів                                                                                            |

## Кадрове забезпечення

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

| Порядковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | 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) |
|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

## Кадрове забезпечення

11. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу)

| Порядковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | 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) |
|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                              |                                                                       |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |                          |                                                                                                       |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                              |                                                                       |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |                          | ким<br>видано,<br>категорія)<br>(за                                                                   |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                              |                                                                       |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |                          | 12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців у сфері охорони здоров'я |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |  |
| 12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою |                                                                       |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |                          |                                                                                                       |                                              |                                                            |                                                                                          |                                                                                                                                             |  |
| Поряд-<br>ковий<br>номер                                                                                     | Прізвище<br>, власне<br>ім'я, по<br>батькові<br>(за<br>наявності<br>) | Посада,<br>на яку<br>буде<br>зарахо-<br>вано | Основна<br>робота<br>або<br>робота<br>за суміс-<br>ництвом | Диплом<br>(спеціаль-<br>ність,<br>серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>виданий) | Свідоцтво<br>о про-<br>ходженні<br>підвищен-<br>ня квалі-<br>фікації<br>(спеціаль-<br>ність,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>видано) | Поряд-<br>ковий<br>номер | Прізвище<br>, власне<br>ім'я, по<br>батькові<br>(за<br>наявності<br>)                                 | Посада,<br>на яку<br>буде<br>зарахо-<br>вано | Основна<br>робота<br>або<br>робота<br>за суміс-<br>ництвом | Диплом<br>(спеціаль-<br>ність,<br>серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>виданий) | Свідоцтво<br>о про-<br>ходження<br>підвищен-<br>ня квалі-<br>фікації<br>(спеціаль-<br>ність,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>видано) |  |

|                                                                                             |                                                                       |                                               |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                     |                                                                                                            |                                                                       |                                               |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                                                                             |                                                                       |                                               |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                     | ким<br>видано,<br>категорія)<br>(за<br>наявності)                                                          |                                                                       |                                               |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                |  |  |
| 13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації |                                                                       |                                               |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                     | 13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам професіоналів у сфері охорони здоров'я |                                                                       |                                               |                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                |  |  |
| Поряд-<br>ковий<br>номер                                                                    | Прізвище<br>, власне<br>ім'я, по<br>батькові<br>(за<br>наявності<br>) | Посада<br>, на яку<br>буде<br>зарахо-<br>вано | Основн<br>а<br>робота<br>або<br>робота<br>за<br>суміс-<br>ництво<br>м | Диплом<br>(спеціаль<br>-ність,<br>серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>виданий) | Свідоцтво<br>про про-<br>ходження<br>підвищенн<br>я<br>кваліфікац<br>ії<br>(спеціаль-<br>ність,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким | Поряд-<br>ковий<br>номер                                                                                   | Прізвище<br>, власне<br>ім'я, по<br>батькові<br>(за<br>наявності<br>) | Посада<br>, на яку<br>буде<br>зарахо-<br>вано | Основн<br>а<br>робота<br>або<br>робота<br>за<br>суміс-<br>ництво<br>м | Диплом<br>(спеціаль<br>-ність,<br>серія,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>виданий) | Свідоцтво<br>про про-<br>ходження<br>підвищенн<br>я<br>кваліфікац<br>ії<br>(спеціаль-<br>ність,<br>номер,<br>дата<br>видачі,<br>ким<br>видано) |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  | видано) | (за наявності)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |         | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Додаток 3<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету Міністрів<br/>України від 2 липня 2025 р. № 781)</p> <p>ОПИС</p> <p>документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії<br/>на провадження господарської діяльності з медичної практики</p> <hr/> <p>(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)</p> <hr/> <p>фізичної особи — підприємця, для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —</p> <hr/> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України</p> <hr/> <p>(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це</p> |  |  |  |  |         | <p>Додаток 3<br/>до Ліцензійних умов<br/>(в редакції постанови Кабінету Міністрів<br/>України від 2 липня 2025 р. № 781)</p> <p>ОПИС</p> <p><b>документів, що подаються для отримання ліцензії/розширення<br/>провадження виду господарської діяльності, що підлягає<br/>ліцензуванню</b></p> <hr/> <p>(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)</p> <hr/> <p>фізичної особи — підприємця, для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —</p> <hr/> <p>реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України</p> <hr/> <p>(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті),<br><hr/> 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)<br>Дата і номер реєстрації заяви: ____ 20__ р. № ____ |                        |                               | реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті),<br><hr/> відомості про уповноваженого представника <b>ліцензіата</b> /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)<br>Дата і номер реєстрації заяви: ____ 20__ р. № ____ |                        |                               |
| Порядковий номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Найменування документа | Кількість аркушів у документі | Порядковий номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |
| Прийняв<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">             (кількість документів (цифра і словами))<br/>             ____ 20__ року           </div> <div style="width: 30%;">             (підпис відповідальної особи)<br/> <br/>             ____           </div> <div style="width: 30%;">             (власне ім'я та прізвище)<br/> <br/>             ____ 20__ р.           </div> </div>                                                                                                                                                             |                        |                               | Прийняв<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">             (кількість документів (цифра і словами))<br/>             ____ 20__ року           </div> <div style="width: 30%;">             (підпис відповідальної особи)<br/> <br/>             ____           </div> <div style="width: 30%;">             (власне ім'я та прізвище)<br/> <br/>             ____ 20__ р.           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                               |

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

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про зупинення повністю або частково дії ліцензії 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/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ 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,

\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про зупинення повністю або частково дії ліцензії 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/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ 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,

\_\_\_\_\_ 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) 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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_:

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

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☐ так ☐ ні

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

строком до \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. у зв'язку з

\_\_\_\_\_  
(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.

Про відновлення повністю або частково дії ліцензії зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб,

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_:

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

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☐ так ☐ ні

| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

строком до \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. у зв'язку з

\_\_\_\_\_  
(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.

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

передбачений частиною першою статті 10 Закону України  
“Про ліцензування видів господарської діяльності”.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
\_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або уповноваженої особи)  
МП (за наявності)  
Дата і номер реєстрації  
заяви \_\_\_\_\_  
20\_\_ р. № \_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)  
(власне ім'я та прізвище)  
(підпис особи, яка прийняла заяву)

“Про ліцензування видів господарської діяльності”.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
\_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або уповноваженої особи)  
МП (за наявності)  
Дата і номер реєстрації  
заяви \_\_\_\_\_  
20\_\_ р. № \_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)  
(власне ім'я та прізвище)  
(підпис особи, яка прийняла заяву)

Додаток 6  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України від 2 липня  
2025 р. № 781)

\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**  
про відновлення повністю або частково дії ліцензії 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/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ 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

Додаток 6  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету  
Міністрів України від 2 липня 2025  
р. № 781)

\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**  
про відновлення повністю або частково дії ліцензії 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/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

\_\_\_\_\_ 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,

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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_:

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

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☐ так ☐ ні

| Поряд-<br>ковий<br>номер | Адреса місця<br>провадження<br>господарської<br>діяльності з<br>медичної практики | Вид<br>медичної<br>допомоги,<br>реабілітацій<br>на допомога | Лікарські<br>спеціальності<br>(фармацевтичні),<br>спеціальності<br>молодших<br>спеціалістів з<br>медичною освітою,<br>фахівці з<br>реабілітації |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

з \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. у зв'язку з \_\_\_\_\_.  
(підстава відновлення повністю або частково)

(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 **ліцензіата**: 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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_:

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

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☐ так ☐ ні

| Поряд-<br>ковий<br>номер | Адреса місця<br>провадження<br>господарської<br>діяльності з<br>медичної практики | Вид медичної<br>допомоги,<br>реабілітаційна<br>допомога | <b>Лікарські<br/>спеціальності,<br/>спеціальності<br/>професіоналів та<br/>фахівців у сфері<br/>охорони здоров'я,<br/>фармацевтичні<br/>спеціальності</b> |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

з \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. у зв'язку з \_\_\_\_\_.  
(підстава відновлення повністю або частково дії ліцензії)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">дії ліцензії)</p> <p>Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю або частково дії ліцензії:</p> <p>_____ додається, на ____ аркушах;<br/>(найменування документа дата та його номер)</p> <p>_____ додається, на ____ аркушах.<br/>(найменування документа дата та його номер)</p> <p>____ 20__ р. _____<br/>(підпис ліцензіата або уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>МП (за наявності)</p> <p>Дата і номер реєстрації _____<br/>заяви _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>20__ р. № _____</p> | <p>Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю або частково дії ліцензії:</p> <p>_____ додається, на ____ аркушах;<br/>(найменування документа дата та його номер)</p> <p>_____ додається, на ____ аркушах.<br/>(найменування документа дата та його номер)</p> <p>____ 20__ р. _____<br/>(підпис ліцензіата або уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>МП (за наявності)</p> <p>Дата і номер реєстрації _____<br/>заяви _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</p> <p>____ 20__ р. № _____</p> |
| <p style="text-align: center;">Додаток 7<br/>до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;">ПЕРЕЛІК</p> <p>лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації та фармацевтичних спеціальностей, за якими надається медична допомога (первинна, екстрена, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційна допомога</p>                                                                                                                                                                                                                                | <p style="text-align: center;">Додаток 7<br/>до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;">(в редакції постанови Кабінету<br/>Міністрів України від<br/>_____ № _____)</p> <p style="text-align: center;">ПЕРЕЛІК</p> <p>лікарських спеціальностей, спеціальностей професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичних спеціальностей</p>                                                                                                                                                                                                       |

| Назва спеціальності            | Вид надання медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| І. Лікарські спеціальності     |                                                                                                            |
| Авіаційна та космічна медицина | спеціалізована                                                                                             |
| Акушерство і гінекологія       | спеціалізована                                                                                             |
| Алергологія                    | спеціалізована                                                                                             |
| Анестезіологія                 | спеціалізована, паліативна                                                                                 |
| Бактеріологія                  | спеціалізована                                                                                             |
| Вірусологія                    | спеціалізована                                                                                             |
| Гастроентерологія              | спеціалізована                                                                                             |
| Гематологія                    | спеціалізована, паліативна                                                                                 |

| Назва спеціальності            | Вид надання медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| І. Лікарські спеціальності     |                                                                                                            |
| Авіаційна та космічна медицина | спеціалізована                                                                                             |
| Акушерство і гінекологія       | спеціалізована                                                                                             |
| Алергологія                    | спеціалізована                                                                                             |
| Анестезіологія                 | спеціалізована, паліативна                                                                                 |
| Бактеріологія                  | спеціалізована                                                                                             |
| Вірусологія                    | спеціалізована                                                                                             |
| Внутрішні хвороби              | первинна,                                                                                                  |

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| Генетика медична             | спеціалізована             |
| Геріатрія                    | спеціалізована, паліативна |
| Генетика лабораторна         | спеціалізована             |
| Дитяча алергологія           | спеціалізована             |
| Дитяча анестезіологія        | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча гастроентерологія     | спеціалізована             |
| Дитяча гематологія           | спеціалізована             |
| Дитяча гематологія-онкологія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча гінекологія           | спеціалізована, паліативна |
| Дерматовенерологія           | спеціалізована             |
| Дитяча дерматовенерологія    | спеціалізована             |
| Дієтологія                   | спеціалізована             |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
|                            | спеціалізована, паліативна |
| Гастроентерологія          | спеціалізована             |
| Гематологія                | спеціалізована, паліативна |
| Генетика лабораторна       | спеціалізована             |
| Генетика медична           | спеціалізована             |
| Геріатрія                  | спеціалізована, паліативна |
| Гігієна дітей та підлітків | спеціалізована             |
| Гігієна праці              | спеціалізована             |
| Гігієна харчування         | спеціалізована             |
| Дезінфекційна справа       | спеціалізована             |
| Дерматовенерологія         | спеціалізована             |

|                                  |                               |                              |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Дитяча ендокринологія            | спеціалізована                | Дитяча алергологія           | спеціалізована                |
| Дитячі інфекційні хвороби        | спеціалізована                | Дитяча анестезіологія        | спеціалізована,<br>паліативна |
| Дитяча імунологія                | спеціалізована                | Дитяча гастроентерологія     | спеціалізована                |
| Дитяча кардіологія               | спеціалізована                | Дитяча гематологія-онкологія | спеціалізована,<br>паліативна |
| Дитяча кардіоревматологія        | спеціалізована,<br>паліативна | Дитяча гінекологія           | спеціалізована                |
| Дитяча неврологія                | спеціалізована,<br>паліативна | Дитяча дерматовенерологія    | спеціалізована                |
| Дитяча нефрологія                | спеціалізована                | Дитяча ендокринологія        | спеціалізована                |
| Дитяча нейрохірургія             | спеціалізована                | Дитяча імунологія            | спеціалізована                |
| Дитяча онкологія                 | спеціалізована,<br>паліативна | Дитяча кардіологія           | спеціалізована                |
| Дитяча ортопедія і травматологія | спеціалізована                | Дитяча кардіоревматологія    | спеціалізована,<br>паліативна |
| Дитяча отоларингологія           | спеціалізована                |                              |                               |
| Дитяча офтальмологія             | спеціалізована                |                              |                               |
| Дитяча патологічна анатомія      | спеціалізована                |                              |                               |

|                                         |                               |                                     |                               |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Дитяча психіатрія                       | спеціалізована,<br>паліативна | Дитяча неврологія                   | спеціалізована,<br>паліативна |
| Дитяча пульмонологія                    | спеціалізована                | Дитяча нейрохірургія                | спеціалізована                |
| Дитяча ревматологія                     | спеціалізована                | Дитяча нефрологія                   | спеціалізована                |
| Дитяча стоматологія                     | спеціалізована                | Дитяча ортопедія і<br>травматологія | спеціалізована                |
| Дитяча урологія                         | спеціалізована                | Дитяча отоларингологія              | спеціалізована                |
| Дитяча фтизіатрія                       | спеціалізована                | Дитяча офтальмологія                | спеціалізована                |
| Дитяча хірургія                         | спеціалізована,<br>паліативна | Дитяча патологічна анатомія         | спеціалізована                |
| Ендокринологія                          | спеціалізована                | Дитяча психіатрія                   | спеціалізована,<br>паліативна |
| Ендоскопія                              | спеціалізована                | Дитяча пульмонологія                | спеціалізована                |
| Епідеміологія                           | спеціалізована                | Дитяча ревматологія                 | спеціалізована,<br>паліативна |
| Загальна практика — сімейна<br>медицина | первинна, паліативна          | Дитяча стоматологія                 | спеціалізована                |
| Імунологія                              | спеціалізована                |                                     |                               |
| Інфекційні хвороби                      | спеціалізована                |                                     |                               |

|                                                |                                   |                                         |                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|
| Клінічна імунологія                            | спеціалізована                    | Дитяча урологія                         | спеціалізована                |
| Кардіологія                                    | спеціалізована                    | Дитяча фтизіатрія                       | спеціалізована                |
| Комбустіологія                                 | спеціалізована                    | Дитяча хірургія                         | спеціалізована,<br>паліативна |
| Клінічна лабораторна діагностика               | спеціалізована                    | Дитячі інфекційні хвороби               | спеціалізована                |
| Клінічна біохімія                              | спеціалізована                    | Дієтологія                              | спеціалізована                |
| Лабораторна імунологія                         | спеціалізована                    | Ендокринологія                          | спеціалізована                |
| Лікувальна фізкультура і<br>спортивна медицина | спеціалізована                    | Ендоскопія                              | спеціалізована                |
| Лікувальна фізкультура                         | спеціалізована                    | Епідеміологія                           | спеціалізована                |
| Мікробіологія і вірусологія                    | спеціалізована                    | Загальна гігієна                        | спеціалізована                |
| Медична психологія                             | спеціалізована,<br>реабілітаційна | Загальна практика - сімейна<br>медицина | первинна, паліативна          |
| Медицина невідкладних станів                   | екстрена,<br>спеціалізована       | Імунологія                              | спеціалізована                |
| Народна та нетрадиційна<br>медицина            | спеціалізована                    |                                         |                               |

|                                               |                                                                         |                                                                |                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Наркологія                                    | спеціалізована                                                          | <b>Інвазивна електрофізіологія</b>                             | <b>спеціалізована</b>                 |
| Неврологія                                    | спеціалізована,<br>паліативна                                           | <b>Інтервенційна кардіологія</b>                               | <b>спеціалізована</b>                 |
| Нефрологія                                    | спеціалізована                                                          | <b>Інфекційні хвороби</b>                                      | <b>спеціалізована</b>                 |
| Нейрохірургія                                 | спеціалізована                                                          | <b>Кардіологія</b>                                             | <b>спеціалізована</b>                 |
| Неонатологія                                  | спеціалізована,<br>паліативна                                           | <b>Клінічна біохімія</b>                                       | <b>спеціалізована</b>                 |
| Організація і управління охороною<br>здоров'я | екстрена, первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна,<br>реабілітаційна | <b>Клінічна лабораторна<br/>діагностика</b>                    | <b>спеціалізована</b>                 |
| Онкологія                                     | спеціалізована,<br>паліативна                                           | <b>Клінічна онкологія</b>                                      | <b>спеціалізована,<br/>паліативна</b> |
| Ортопедія і травматологія                     | спеціалізована                                                          | <b>Комбустіологія</b>                                          | <b>спеціалізована</b>                 |
| Отоларингологія                               | спеціалізована                                                          | <b>Комунальна гігієна</b>                                      | <b>спеціалізована</b>                 |
| Онкоотоларингологія                           | спеціалізована                                                          | <b>Лабораторна діагностика,<br/>вірусологія, мікробіологія</b> | <b>спеціалізована</b>                 |
| Офтальмологія                                 | спеціалізована                                                          | <b>Лабораторна імунологія</b>                                  | <b>спеціалізована</b>                 |

|                          |                                      |  |                                                                    |                                            |
|--------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Ортодонтія               | спеціалізована                       |  | Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища          | спеціалізована                             |
| Ортопедична стоматологія | спеціалізована                       |  | Лабораторні дослідження фізичних факторів навколишнього середовища | спеціалізована                             |
| Онкохірургія             | спеціалізована                       |  | Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища | спеціалізована                             |
| Паразитологія            | спеціалізована                       |  | Медицина невідкладних станів                                       | спеціалізована, екстрена                   |
| Пародонтологія           | спеціалізована                       |  | Медична психологія                                                 | спеціалізована, паліативна, реабілітаційна |
| Патологічна анатомія     | спеціалізована                       |  | Медична статистика                                                 | спеціалізована                             |
| Педіатрія                | первинна, спеціалізована, паліативна |  | Мікробіологія і вірусологія                                        | спеціалізована                             |
| Підліткова терапія       | спеціалізована, паліативна           |  | Наркологія                                                         | спеціалізована                             |
| Променева терапія        | спеціалізована                       |  |                                                                    |                                            |
| Проктологія              | спеціалізована                       |  |                                                                    |                                            |
| Професійна патологія     | спеціалізована                       |  |                                                                    |                                            |
| Психіатрія               | спеціалізована, паліативна           |  |                                                                    |                                            |

|                           |                            |                                                   |                                                                       |
|---------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Психотерапія              | спеціалізована, паліативна | <b>Народна і нетрадиційна медицина</b>            | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Психофізіологія           | спеціалізована             | <b>Неврологія</b>                                 | <b>спеціалізована, паліативна</b>                                     |
| Пульмонологія             | спеціалізована             | <b>Нейрохірургія</b>                              | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Радіологія                | спеціалізована             | <b>Неонатологія</b>                               | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Радіонуклідна діагностика | спеціалізована             | <b>Нефрологія</b>                                 | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Рентгенологія             | спеціалізована             | <b>Онкогінекологія</b>                            | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Ревматологія              | спеціалізована             | <b>Онкоотоларингологія</b>                        | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Рефлексотерапія           | спеціалізована             | <b>Онкохірургія</b>                               | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Санологія                 | спеціалізована             | <b>Організація і управління охороною здоров'я</b> | <b>екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна, реабілітаційна</b> |
| Спортивна медицина        | спеціалізована             | <b>Ортодонтія</b>                                 | <b>спеціалізована</b>                                                 |
| Сексопатологія            | спеціалізована             |                                                   |                                                                       |
| Стоматологія              | спеціалізована             |                                                   |                                                                       |
| Суднова медицина          | спеціалізована             |                                                   |                                                                       |
| Сурдологія                | спеціалізована             |                                                   |                                                                       |

|                                    |                                            |  |                                  |                                                     |
|------------------------------------|--------------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Судинна хірургія                   | спеціалізована                             |  | <b>Ортопедична стоматологія</b>  | <b>спеціалізована</b>                               |
| Терапія                            | первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна |  | <b>Ортопедія і травматологія</b> | <b>спеціалізована</b>                               |
| Терапевтична стоматологія          | спеціалізована                             |  | <b>Отоларингологія</b>           | <b>спеціалізована</b>                               |
| Токсикологія                       | спеціалізована                             |  | <b>Офтальмологія</b>             | <b>спеціалізована</b>                               |
| Трансплантологія                   | спеціалізована                             |  | <b>Паразитологія</b>             | <b>спеціалізована</b>                               |
| Трансфузіологія                    | спеціалізована                             |  | <b>Пародонтологія</b>            | <b>спеціалізована</b>                               |
| Торакальна хірургія                | спеціалізована                             |  | <b>Патологічна анатомія</b>      | <b>спеціалізована</b>                               |
| Ультразвукова діагностика          | спеціалізована                             |  | <b>Педіатрія</b>                 | <b>первинна,<br/>спеціалізована,<br/>паліативна</b> |
| Урологія                           | спеціалізована                             |  | <b>Пластична хірургія</b>        | <b>спеціалізована</b>                               |
| Фізіотерапія                       | спеціалізована                             |  | <b>Превентивна медицина</b>      | <b>спеціалізована</b>                               |
| Фізична та реабілітаційна медицина | реабілітаційна                             |  | <b>Проктологія</b>               | <b>спеціалізована</b>                               |
| Фтизіатрія                         | спеціалізована,<br>паліативна              |  |                                  |                                                     |

|                                                            |                                            |                      |                               |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Функціональна діагностика                                  | спеціалізована                             | Професійна патологія | спеціалізована                |
| Хірургічна стоматологія                                    | спеціалізована                             | Психіатрія           | спеціалізована,<br>паліативна |
| Хірургія                                                   | спеціалізована,<br>паліативна              | Психотерапія         | спеціалізована,<br>паліативна |
| Хірургія серця і магістральних судин                       | спеціалізована                             | Психофізіологія      | спеціалізована                |
| Щелепно-лицева хірургія                                    | спеціалізована                             | Пульмонологія        | спеціалізована                |
| II. Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою |                                            | Радіаційна гігієна   | спеціалізована                |
| Акушерська справа                                          | первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна | Радіаційна онкологія | спеціалізована                |
| Лабораторна справа (клініка)                               | первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна | Радіологія           | спеціалізована                |
| Лабораторна справа (гігієна)                               | спеціалізована                             | Ревматологія         | спеціалізована                |
| Лабораторна справа (патологія)                             | спеціалізована                             | Рентгенологія        | спеціалізована                |
|                                                            |                                            | Рефлексотерапія      | спеціалізована                |

|                                       |                                                                         |                                  |                                           |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Лікувальна справа                     | первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна                              | <b>Сексопатологія</b>            | <b>спеціалізована</b>                     |
| Лікувальна справа (невідкладні стани) | екстрена,<br>спеціалізована                                             | <b>Спортивна медицина</b>        | <b>спеціалізована,<br/>реабілітаційна</b> |
| Медична статистика                    | екстрена, первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна,<br>реабілітаційна | <b>Стоматологія</b>              | <b>спеціалізована</b>                     |
| Медико-профілактична справа           | спеціалізована                                                          | <b>Судинна хірургія</b>          | <b>спеціалізована</b>                     |
| Рентгенологія                         | спеціалізована                                                          | <b>Суднова медицина</b>          | <b>спеціалізована</b>                     |
| Санологія                             | спеціалізована                                                          | <b>Сурдологія</b>                | <b>спеціалізована,<br/>реабілітаційна</b> |
| Сестринська справа                    | первинна,<br>спеціалізована,<br>паліативна                              | <b>Терапевтична стоматологія</b> | <b>спеціалізована</b>                     |
| Сестринська справа (операційна)       | спеціалізована                                                          | <b>Токсикологія</b>              | <b>спеціалізована</b>                     |
| Стоматологія                          | спеціалізована                                                          | <b>Торакальна хірургія</b>       | <b>спеціалізована</b>                     |
| Ортопедична стоматологія              | спеціалізована                                                          | <b>Трансплантологія</b>          | <b>спеціалізована</b>                     |
|                                       |                                                                         | <b>Трансфузіологія</b>           | <b>спеціалізована</b>                     |

|                                        |                            |  |                                              |                                   |
|----------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                        |                            |  | <b>Ультразвукова діагностика</b>             | <b>спеціалізована</b>             |
| <b>III. Фахівці з реабілітації</b>     |                            |  | <b>Урологія</b>                              | <b>спеціалізована</b>             |
| Ерготерапія                            | реабілітаційна             |  | <b>Фізична та реабілітаційна медицина</b>    | <b>реабілітаційна</b>             |
| Клінічна психологія                    | реабілітаційна, паліативна |  | <b>Фтизіатрія</b>                            | <b>спеціалізована, паліативна</b> |
| Клінічне душпастирство                 | реабілітаційна, паліативна |  | <b>Функціональна діагностика</b>             | <b>спеціалізована</b>             |
| Протезування-ортезування               | реабілітаційна             |  | <b>Хірургічна дерматологія</b>               | <b>спеціалізована</b>             |
| Психотерапія                           | реабілітаційна             |  | <b>Хірургічна стоматологія</b>               | <b>спеціалізована</b>             |
| Терапія мови і мовлення                | реабілітаційна             |  | <b>Хірургія</b>                              | <b>спеціалізована, паліативна</b> |
| Фізична терапія                        | реабілітаційна             |  | <b>Хірургія серця та магістральних судин</b> | <b>спеціалізована</b>             |
| <b>IV. Фармацевтичні спеціальності</b> |                            |  | <b>Щелепно-лицева хірургія</b>               | <b>спеціалізована</b>             |
| Фармація                               | первинна                   |  |                                              |                                   |
| Клінічна фармація                      | Первинна                   |  |                                              |                                   |

|  |                                                            |                                                           |
|--|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|  | <b>Ядерна медицина</b>                                     | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>II. Спеціальності фахівців у сфері охорони здоров'я</b> |                                                           |
|  | <b>Акушерська справа</b>                                   | <b>первинна,<br/>спеціалізована,<br/>паліативна</b>       |
|  | <b>Анестезіологія та реанімація</b>                        | <b>спеціалізована,<br/>паліативна</b>                     |
|  | <b>Громадське здоров'я</b>                                 | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Екстрена медицина</b>                                   | <b>спеціалізована,<br/>екстрена</b>                       |
|  | <b>Ерготерапія</b>                                         | <b>реабілітаційна</b>                                     |
|  | <b>Загальна практика - сімейна медицина</b>                | <b>спеціалізована,<br/>паліативна</b>                     |
|  | <b>Клінічна діагностика</b>                                | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Клінічне душпастирство</b>                              | <b>спеціалізована,<br/>паліативна,<br/>реабілітаційна</b> |
|  | <b>Лабораторна діагностика</b>                             | <b>спеціалізована</b>                                     |

|  |                                                       |                                                                                   |
|--|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Лікувальна справа</b>                              | <b>первинна,<br/>спеціалізована,<br/>паліативна</b>                               |
|  | <b>Медико-профілактична справа</b>                    | <b>спеціалізована</b>                                                             |
|  | <b>Нутриціологія</b>                                  | <b>спеціалізована</b>                                                             |
|  | <b>Оптометрія</b>                                     | <b>спеціалізована</b>                                                             |
|  | <b>Організація і управління<br/>охороною здоров'я</b> | <b>екстрена, первинна,<br/>спеціалізована,<br/>паліативна,<br/>реабілітаційна</b> |
|  | <b>Педіатрія</b>                                      | <b>первинна,<br/>спеціалізована,<br/>паліативна</b>                               |
|  | <b>Профілактична стоматологія</b>                     | <b>спеціалізована</b>                                                             |
|  | <b>Психіатрія</b>                                     | <b>спеціалізована,<br/>паліативна</b>                                             |

|  |                                                                  |                                                     |
|--|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  | <b>Рентгенологія</b>                                             | <b>спеціалізована</b>                               |
|  | <b>Сестринська справа</b>                                        | <b>первинна,<br/>спеціалізована,<br/>паліативна</b> |
|  | <b>Стоматологія</b>                                              | <b>спеціалізована</b>                               |
|  | <b>Стоматологія ортопедична</b>                                  | <b>спеціалізована</b>                               |
|  | <b>Травматологія та ортопедія</b>                                | <b>спеціалізована,<br/>реабілітаційна</b>           |
|  | <b>Фізична та реабілітаційна медицина</b>                        | <b>реабілітаційна</b>                               |
|  | <b>Фізична терапія</b>                                           | <b>реабілітаційна</b>                               |
|  | <b>Функціональна діагностика</b>                                 | <b>спеціалізована</b>                               |
|  | <b>Хірургія</b>                                                  | <b>спеціалізована,<br/>паліативна</b>               |
|  | <b>III. Спеціальності професіоналів у сфері охорони здоров'я</b> |                                                     |

|  |                                                                  |                                                           |
|--|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|  | <b>Ерготерапія</b>                                               | <b>реабілітаційна</b>                                     |
|  | <b>Бактеріологія</b>                                             | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Вірусологія</b>                                               | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Генетика лабораторна</b>                                      | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Громадське здоров'я</b>                                       | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Довкілля та здоров'я</b>                                      | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Ентомологія</b>                                               | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Клінічна біохімія</b>                                         | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Клінічна психологія</b>                                       | <b>паліативна,<br/>реабілітаційна</b>                     |
|  | <b>Клінічне душпастирство</b>                                    | <b>спеціалізована,<br/>паліативна,<br/>реабілітаційна</b> |
|  | <b>Лабораторна імунологія</b>                                    | <b>спеціалізована</b>                                     |
|  | <b>Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища</b> | <b>спеціалізована</b>                                     |

|  |                                        |                                       |
|--|----------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>Медична статистика</b>              | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>Медична фізика</b>                  | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>Мікробіологія і вірусологія</b>     | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>Паразитологія</b>                   | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>Протезування-ортезування</b>        | <b>реабілітаційна</b>                 |
|  | <b>Психотерапія</b>                    | <b>паліативна,<br/>реабілітаційна</b> |
|  | <b>Терапія мови і мовлення</b>         | <b>реабілітаційна</b>                 |
|  | <b>Трансплант-координація</b>          | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>Фізична терапія</b>                 | <b>реабілітаційна</b>                 |
|  | <b>Цитоморфологія</b>                  | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>IV. Фармацевтичні спеціальності</b> |                                       |
|  | <b>Клінічна фармація</b>               | <b>спеціалізована</b>                 |
|  | <b>Фармація</b>                        | <b>спеціалізована</b>                 |
|  |                                        |                                       |

## Додаток 8 до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про розширення 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/адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

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,

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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської

## Додаток 8 до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

### ЗАЯВА

про розширення 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/адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

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,

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) 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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської

## діяльності з медичної практики

(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 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(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)

Додаток 9  
до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

## ЗАЯВА

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

## діяльності з медичної практики

(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, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(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)

Додаток 9  
до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

## ЗАЯВА

про припинення повністю або частково дії ліцензії на

## Ліцензіат

(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

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,

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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської  
діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_:

(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

повне: ☐ так ☐ нічасткове: ☐ так ☐ ніпровадження господарської діяльності з медичної практики  
Ліцензіат

(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

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,

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) 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: \_\_\_\_\_

Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської  
діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_:

(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

повне: ☐ так ☐ нічасткове: ☐ так ☐ ні

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |
| <div> <div>_____ 20__ р.</div> <div>_____ (підпис ліцензіата або уповноваженої особи)</div> <div>_____ (власне ім'я та прізвище)</div> </div> <div> <div>МП (за наявності)</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> |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Порядковий номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності, спеціальності професіоналів та фахівців у сфері охорони здоров'я, фармацевтичні спеціальності |
| <div> <div>_____ 20__ р.</div> <div>_____ (підпис ліцензіата або уповноваженої особи)</div> <div>_____ (власне ім'я та прізвище)</div> </div> <div> <div>МП (за наявності)</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> |                                                                       |                                                |                                                                                                                        |

**Начальник Управління контролю якості надання медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України**

**Світлана ОСТАШКО**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 р.