Додаток 3
до Порядку проведення перевірки
до видачі ліцензії

(Бланк органу)

_____

АКТ[1] №____
перевірки відповідності матеріально-технічної бази,
кваліфікації персоналу, необхідних для провадження
господарської діяльності з оптової торгівлі лікарськими засобами

1	Загальна інформація		
1.1	Відомості про осіб, що склали Акт:		
	посади, прізвища, власні імена, по батькові (за наявності)		
1.2	Відомості про особу суб'єкта господарювання, у присутності якої складено Акт:		
	посада, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)		
1.3	Дата складання Акта		
1.4	Підстава для проведення перевірки - заява	№ _____	від .□□.□□.□□□□

2	Відомості про суб'єкта господарювання	
2.1	Для юридичної особи:	
	найменування	
	код за ЄДРПОУ	□□□□□□□□
	форма власності	
2.2	Відомості про керівника суб'єкта господарювання:	
	прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	
	телефон	
2.3	Місцезнаходження юридичної особи	
	Електронна адреса:	E-mail:

3	Відомості про матеріально-технічну базу
1	**2**

3.1	Номер аптечного складу (бази)		найменування аптечного складу (бази) (за наявності)	
3.2	Місцезнаходження аптечного складу (бази) (індекс, область, район, місто/село/селище, вулиця, будинок тощо)			
3.3	В аптечному складі (базі) суб'єкт господарювання здійснює або буде здійснювати діяльність з:			
	оптової торгівлі лікарськими засобами ☐ оптової торгівлі виключно медичними газами ☐			
3.4	Режим роботи			
	з		до		вихідні дні	
3.5	Характеристика будівлі, у якій розміщено аптечний склад (база)			
	основне використання			
3.6	Правова підстава для використання приміщення			
	Приміщення використовується на праві	власності ☐ користування ☐		
	Документ, що підтверджує право власності або користування приміщенням (із зазначенням його дати та номера)			
3.7	Характеристика приміщення, у якому розміщено аптечний склад (база)			
	ізольоване (вихід назовні)	так ☐ ні ☐		
	вбудоване	так ☐ ні ☐		
	наявний вантажно-розвантажувальний майданчик	так ☐ ні ☐		
	приміщення розташоване	на _____ поверсі (поверхах)		
3.8	Наявність інженерного обладнання для забезпечення:			
	теплопостачання	наявне ☐ відсутнє ☐		
	вентиляція	припливно-витяжна вентиляція з механічним спонуканням ☐ змішана природно-витяжна вентиляція з механічно-припливною ☐ природна ☐ відсутня ☐		
	водопостачання	наявне ☐ відсутнє ☐		

	освітлення	електричне ☐	електричне + природне ☐
	каналізація	наявна ☐	відсутня ☐
3.9	Структура аптечного складу (бази)		
	Загальна площа аптечного складу (бази) у тому числі:	_____ кв. м	
	виробничих приміщень (зон):	≥ 250 кв. м ☐ так	ні ☐
	приймання продукції	так ☐	ні ☐
	контролю якості	так ☐	ні ☐
	карантину	так ☐	ні ☐
	зберігання лікарських засобів	так ☐	ні ☐
	зберігання допоміжних матеріалів, тари	так ☐	ні ☐
	комплектації та відпуску/відвантаження лікарських засобів (експедиційна)	так ☐	ні ☐
	побутових приміщень: кімната персоналу (не менше 8 кв. м)	так ☐	ні ☐
	вбиральня	так ☐	ні ☐
	допоміжні приміщення (приміщення або шафи для зберігання предметів прибирання) площею не менше 4 кв. м	так ☐	ні ☐
	Розміщення приміщень виключає необхідність проходу працівників для переодягання у спеціальний одяг через виробничі приміщення	так ☐	ні ☐
	Прохід до побутових та допоміжних приміщень здійснюється не через виробничі приміщення	так ☐	ні ☐
3.10	Облаштування аптечного складу (бази)		
	Наявне обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів	шафи ☐ стелажі ☐	холодильне обладнання ☐

		інше обладнання ☐	сейф ☐
	Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря	так ☐ ні ☐	
	Обладнання службово-побутових приміщень	шафи ☐	холодильник ☐ меблі для вживання їжі ☐
	Наявний промаркований інвентар для прибирання різних приміщень та/або зон за призначенням	так ☐ ні ☐	
	Поверхня виробничого устаткування витримує вологе прибирання з використанням дезінфекційних засобів	так ☐ ні ☐	
	Покриття допускає вологе прибирання виробничих приміщень з використанням дезінфекційних засобів: стін підлоги	так ☐ ні ☐ так ☐ ні ☐	

4	Відомості про кваліфікацію персоналу		
1	**2**		
4.1	Відомості про завідувача аптечного складу (бази):		
	прізвище		
	власне ім’я		
	по батькові (за наявності)		
	реєстраційний номер облікової картки платника податків[2]		
	освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність		
	номер і дата укладання трудового договору (для фізичної особи - підприємця, який		

	використовує працю найманого фахівця,- обов’язково), номер і дата наказу про призначення на посаду	
	Відповідність кваліфікаційним вимогам	так ☐ ні ☐
4.2	Відомості про Відповідальну особу:	
	прізвище	
	власне ім’я	
	по батькові (за наявності)	
	реєстраційний номер облікової картки платника податків[2]	
	телефон	
	освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність	
	номер і дата укладання трудового договору (для фізичної особи - підприємця, який використовує працю найманого фахівця,- обов’язково), номер і дата наказу про покладання обов’язків Відповідальної особи	
	Відповідність кваліфікаційним вимогам	так ☐ ні ☐

5	За адресою, вказаною в пункті 3.2 глави 3 цього Акта, аптечний склад (база) відсутній	так ☐ ні ☐

Пояснення, зауваження або заперечення щодо проведеної перевірки та складеного акта перевірки, що мають місце з боку суб’єкта господарювання

Порядковий номер	Пояснення, зауваження або заперечення

Особа суб’єкта господарювання підтверджує, що Акт складено у її присутності, з ним ознайомлено та надано один примірник Акта			
Вся надана в Акті інформація є достовірною та повною			
Прізвища, ініціали осіб, які склали Акт		підписи	
Прізвище, ініціали особи, у присутності якої складено Акт		підпис	

[1] У нижньому колонтитулі кожної сторінки Акта зазначаються найменування суб’єкта господарювання та номер Акта.