Додаток 4
до Порядку проведення перевірки до видачі ліцензії

(Бланк органу)

_____

АКТ[1] №____
перевірки відповідності матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу, необхідних для провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами, у тому числі електронної роздрібної 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:		Для фізичної особи - підприємця:	
	найменування		прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	
			телефон	
	код за ЄДРПОУ	□□□□□□□□	реєстраційний номер облікової картки платника податків[2]	□□□□□□□□□□
	форма власності			
2.2	Відомості про керівника суб'єкта господарювання (для юридичної особи):			
	прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)			
	телефон			
2.3	Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи - підприємця			
	Електронна адреса:	E-mail:		

3	Відомості про матеріально-технічну базу									
1	**2**									
3.1	Аптечний заклад									
	Аптека	☐	номер		найменування аптечного закладу (за наявності)		аптека, структурним підрозділом якої є аптечний пункт			
	Аптечний пункт	☐								
3.2	Місцезнаходження аптечного закладу (індекс, область, район, місто/село/селище, вулиця, будинок тощо)									
	Лікувально-профілактичний заклад, у якому розташований відокремлений підрозділ або контрольний пункт в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, тимчасово окуповану територію Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та виїзду з них (для аптечних пунктів)									
3.3	Режим роботи									
	з		до		вихідні дні					
3.4	Характеристика будівлі, у якій розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ)									
	Створені необхідні умови для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів	так ☐, що підтверджено фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд _____ , (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) який має кваліфікаційний сертифікат _____ . (реквізити сертифіката, _____ та ким виданий) документально _____ . (дата, номер (за наявності), найменування документа) ні ☐								
3.5	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)									
3.6	Характеристика приміщення, у якому розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ)									
	ізольоване	так ☐ ні ☐								

	кількаповерхове	так ☐ ні ☐ якщо «так», то мінімум один із залів обслуговування населення розташований на першому поверсі з обов'язковою організацією одного робочого місця для відпуску лікарських засобів так ☐ ні ☐
	наявний загальний вхідний тамбур	так ☐ з _____ ні ☐ якщо «так», то зазначити, з яким приміщенням, та не заповнювати інформацію про наявність окремого самостійного виходу назовні
	наявний окремий самостійний вихід назовні	так ☐ ні ☐ якщо «ні», то знаходиться у торговельному центрі, санаторно-курортному закладі, готелі, аеропорту, на вокзалі, у лікувально-профілактичному закладі, будинку громадського призначення (окрім шкіл, закладів дошкільної освіти та під'їздів житлових будинків), у приміщенні сільської (селищної) ради, на підприємстві поштового зв'язку (необхідне підкреслити)
	зал обслуговування населення знаходиться на першому поверсі	так ☐ ні ☐ якщо «ні», то рівень підлоги залу обслуговування населення не нижче/вище планувального рівня землі більше ніж на 0,5 метра так ☐ ні ☐
	приміщення розташоване у лікувально-профілактичному закладі або на контрольному пункті в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, тимчасово окуповану територію Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та виїзду з них	так ☐ ні ☐ якщо «так», то зазначити поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) _____
	приміщення знаходиться у торгівельному центрі	так ☐ ні ☐ якщо «так», то зазначити поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) _____
3.7	Наявність інженерного обладнання для забезпечення:	
	теплопостачання	наявне ☐ відсутнє ☐
	каналізація	наявне ☐ відсутнє ☐
3.8	Структура аптечного закладу (структурного підрозділу)	

	Загальна площа, у тому числі площа:	_____ кв. м
	торговельного залу	≥ 18 кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, розташованих у містах) ≥ 11 кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, розташованих у державних та комунальних закладах охорони здоров1я у містах, та для аптек, розташованих у селищах)
	виділена зона торговельного залу	≥ 6 кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, розташованих у селах)
	приміщень зберігання лікарських засобів	≥ 10 кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, що розташовані містах) ≥ 8кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, що розташовані у селищах)
	приміщень персоналу	≥ 8 кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, що розташовані у містах) ≥ 6 кв. м так ☐ ні ☐ (для аптек, що розташовані у селищах)
	В аптечному закладі (структурному підрозділі) наявні:	
	вбиральня з рукомийником	так ☐ ні ☐
	місце санітарної обробки рук	так ☐ ні ☐
3.9	Облаштування аптечного закладу (структурного підрозділу)	
	Обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів	шафи ☐ стелажі ☐ холодильник ☐ сейф ☐ металева шафа ☐ екран для захисту від прямої крапельної інфекції ☐
	Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря	так ☐ ні ☐
	Обладнання службово-побутових приміщень	шафи для роздільного зберігання особистого та технологічного одягу ☐ кімната/шафа для інвентарю ☐ холодильник (для аптек) ☐ меблі для вживання їжі (для аптек) ☐

	Наявність промаркованого інвентарю, призначеного для прибирання різних приміщень або зон	так ☐ ні ☐
3.10	Відомості про мобільний аптечний пункт (заповнюється у разі його створення)	
	наявність зареєстрованого(их) в установленому порядку транспортного(их) засобу(ів), який(які):	
	є власністю здобувача ліцензії або перебуває(ють) у в його користуванні;	так ☐ ні ☐
	пройшов(ли) обов'язковий технічний контроль та щодо якого (яких) складено протокол перевірки технічного стану в установленому законодавством порядку;	так ☐ ні ☐
	містить(ять): достатню кількість площ для належного зберігання та реалізації лікарських засобів, медичних виробів, супутніх товарів, холодильного обладнання;	так ☐ ні ☐
	пристрої реєстрації та здійснення контролю за температурою і відносною вологістю повітря;	так ☐ ні ☐
	аптечку для надання долікарської медичної допомоги.	так ☐ ні ☐

4	Відомості про кваліфікацію персоналу	
1	**2**	
4.1	Відомості про завідувача аптечного закладу (структурного підрозділу):	
	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 ☐
	Відомості про Відповідальну особу:	
4.2	прізвище	
	власне ім'я	
	по батькові (за наявності)	
	телефон	
	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 покладання обов'язків Відповідальної особи	
	Відповідність кваліфікаційним вимогам	так ☐ ні ☐

5	За адресою, вказаною в пункті 3.2 глави 3 цього Акта, аптечний заклад відсутній	так ☐ ні ☐

6	Відомості про електронну роздрібну торгівлю лікарськими засобами (заповнюється у разі, якщо здобувач ліцензії має намір провадити господарську діяльність з електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами):	
6.1	Наявність облаштованих приміщень та/або зони в матеріальній кімнаті для зберігання оформлених замовлень	так ☐ ні ☐
6.2	Правова підстава для використання приміщення	право власності ☐ право користування ☐
6.3	Наявність власного веб-сайта в адресному просторі українського сегмента Інтернету, інформація про який внесена до Переліку суб'єктів господарювання, що мають	так ☐ ні ☐

	право на здійснення електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами	
6.4	Наявність власної служби доставки, обладнання та устаткування, що забезпечують дотримання визначених виробником умов зберігання лікарських засобів під час їх доставки, та/або договору з оператором поштового зв'язку, який має відповідне обладнання та устаткування та внесений до Єдиного державного реєстру операторів поштового зв'язку	так ☐ ні ☐
6.5	Наявність електронної системи розрахунків та/або мобільних POS-терміналів для здійснення електронних платежів, в тому числі банківських карток безпосередньо за місцем надання послуги	так ☐ ні ☐
6.6	Наявність затверджених здобувачем ліцензії письмових стандартних робочих методик (стандартні операційні процедури), в яких описуються, зокрема, роботи з приймання, реєстрації, формування, зберігання, доставки замовлення на лікарські засоби, надання консультацій, а також відпуск лікарських засобів кінцевому споживачу	так ☐ ні ☐
6.7	відомості про кваліфікацію персоналу	
6.8	Відомості про особу, яка прийматиме, комплектуватиме замовлення, надаватиме консультації під час замовлення лікарського засобу через веб-сайт:	
	прізвище	
	власне ім'я	
	по батькові (за наявності)	
6.9	Відомості про Відповідальну особу	

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 або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця та номер Акта.

[2] Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган, що реалізує державну податкову політику, і мають відмітку у паспорті,- серія (за наявності) та номер паспорта.