

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

ВІДОМОСТІ
суб'єкта господарювання про стан матеріально-технічної
бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього
і кваліфікаційного рівня

Аптека «Бажаємо здоров'я»

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

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: _____

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою:

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні: фармація, клінічна фармація

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична допомога, паліативна допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога	Лікарські спеціальності, спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації, фармацевтичні спеціальності	Методи, що застосовуються у медичній, реабілітаційній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення
	м. Київ, вул. Грушевського, 7	спеціалізована допомога	фармація	так	ні	ні	ні	ні	ні
	м. Київ, вул. Грушевського, 7	спеціалізована допомога	клінічна фармація	так	ні	ні	ні	ні	ні

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

Медичний кабінет Аптеки «Бажаємо здоров'я»

(найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого

структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підприємця

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

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

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

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

наказ про створення Медичного кабінету Аптеки «Бажаємо здоров'я» від _____
№ _____

Положення про Медичний кабінет Аптеки «Бажаємо здоров'я», затверджене наказом від _____
№ _____

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

структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі)

Медичний кабінет

5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням: Договір оренди від _____ № _____

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення**

Порядковий номер	Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ)	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності))	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення
	ТОВ «БУДЕКСПЕРТ», код ЄДРПОУ 43043000, директор Шевченко Лариса Василівна	м. Київ, вул. Грушевського, 7	№ 123 від 30.08.2024

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

так

ні □

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

7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	
МЗ	Медичний кабінет Аптеки «Бажаємо здоров'я» Режим роботи понеділок – п'ятниця з ___ до ___, Вихідний: неділя	Медичний кабінет (фармація, клінічна фармація) Площа: 17.00 кв.м.	холодильник для зберігання медичних імунобіологічних препаратів, виробник: Україна	1	Задовільний, 2019 р.
			термометр для холодильника виробник: ТОВ «Склоприлад» Україна	3	
			сумка-холодильник (термоконтейнер) з двома комплектами холодних елементів (4 елементи в кожному комплекті) виробник: Україна	1	Задовільний, 2019 р.
			столік, виробник: Україна	1	Задовільний, 2022р.
			набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах, виробник:	1	Задовільний, 2022 р.

			ПП «Заповіт» Україна		
			аптечка для надання екстреної медичної допомоги, виробник: ПП «Заповіт» Україна	1	Задовільний, 2019 р.
			коробка для безпечної утилізації шприців, виробник Україна	1	Задовільний, 2023 р
			дозатор з антисептиком для обробки шкіри рук виробник: Україна	1	Задовільний, 2023 р
			кушетка медична Well-2 виробник: НВП «Медпромсервіс»	1	Задовільний, 2023 р
			стілець, виробник: Україна	1	Задовільний, 2023 р
			медична ширма, виробник: Україна	1	Задовільний, 2023 р.
			бактерицидний опромінювач ОБН-1-30 виробник: ПП «Заповіт», Україна	1	Задовільний, 2011 р.
			термометр для вимірювання температури у приміщенні виробник: ТОВ «Склоприлад» Україна	1	Задовільний, 2023р
			гігрометр ВІТ-1 виробник: Україна	1	Новий, відмінний, 2023
			термометр медичний, виробник: Microlife МТ 3001,	1	Новий, відмінний, 2023

			Швейцарія		
			тонометр механічний з малими, середніми і великими манжетами ВК 2001-3001 Виробник: ТОВ «ТЕСПРО», Україна	1	Новий, відмінний, 2023
			рукавички нітрилові нестерильні виробник: Україна	100	Новий, відмінний, 2023
			шприци ін'єкційні одноразового використання виробник: ТОВ «Медісаге»	50	Новий, відмінний, 2023

Загальна площа приміщень: 17.00 кв. метрів.

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

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
		місяць	рік	
1	гігрометр ВІТ-1 Україна	05	2024	Свідоцтво про повірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»
2	термометр для холодильника ТОВ «Склоприлад» Україна	05	2024	Свідоцтво про повірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»
3	термометр для вимірювання температури у приміщенні ТОВ «Склоприлад» Україна	05	2024	Свідоцтво про повірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»

4	тонометр механічний з малими, середніми і великими манжетами ВК 2001-3001 Виробник: ТОВ «ТЕСПРО», Україна	05	2024	Свідоцтво про повірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметрестандарт»
5	термометр Медичний Microlife MT 3001, Швейцарія	05	2024	Свідоцтво про повірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметрестандарт»

Кадрові вимоги

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

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)
1	Гончаренко Олена Іванівна	фармацевт	основна	Диплом від № ____, «Фармація», Національний медичний університет ім.Богомоль- ця	Сертифікат спеціаліста від № _____, «Загальна фармація» Національна медична академія ім. П.Л. Шупика МОЗ України	
	Шевченко Оксана Петрівна	фармацевт клінічний	основна	Диплом від № ____, «Фармація, промислова фармація» Національний фармацевтич- ний університет	Сертифікат спеціаліста № _____ від № _____, «Клінічна фармація» Національна медична академія ім. П.Л. Шупика МОЗ України	

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

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)	Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах
1	Гончаренко Олена Іванівна	фармацевт	основна	Диплом від _____ № _____, «Фармація», Національний медичний університет ім.Богомольця			Сертифікат від _____ № _____, виданий _____
2	Шевченко Оксана Петрівна	фармацевт клінічний	основна	Диплом від _____ № _____, «Фармація, промислова фармація» Національний фармацевтичний університет			Сертифікат від _____ № _____, виданий _____

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу та фізичної особи — підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи — підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
		число	місяць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю Аптеки «Бажаємо здоров'я»
(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України “Про захист економічної конкуренції”, резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України “Про оборону України”, підтверджую.

Я як суб'єкт господарювання ознайомлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на 8 аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її анулювання відповідно до статей 13 і 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

_____ 20__ р.

(підпис здобувача ліцензії,
ліцензіата, спадкоємця або їх
уповноваженої особи)

Тарас Шевченко
(власне ім'я та прізвище)

* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

** У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.