

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

ВІДОМОСТІ
про стан матеріально-технічної
бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього
і кваліфікаційного рівня
Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр»
(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи —
підприємця)

Загальна інформація

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

лікарські:

молодші спеціалісти з медичною освітою:

фахівці з реабілітації: _____

фармацевтичні*: _____

2. Режим роботи здобувача ліцензії або ліцензіата

Поряд- ковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Режим роботи (зазначається день тижня, година початку та закінчення роботи та/або цілодобово)

3. Інформація про види медичної допомоги (екстрена, первинна,
спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги, за якими
проводитиметься господарська діяльність з медичної практики

Поряд- ковий 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

4. Інформація про наявність вивіски на вході до приміщення за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр»

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

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

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

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця, торговельна марка здобувача ліцензії або ліцензіата (за наявності)

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

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

(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)

6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням***:

Договір оренди № 244/67 нерухомого майна, що належить до комунальної власності територіальної громади міста Києва від 21.01.2025

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

Інформація про приміщення:

нежитлове приміщення	так ☒	ні ☐
окреме приміщення	так ☒	ні ☐
приміщення в нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу	так ☐	ні ☒
ізольоване (має окремий вхід)	так ☒	ні ☐
вбудоване (прибудоване)	так ☐	ні ☒

7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення****

Порядковий номер	Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний	Дата видачі та номер документа, що підтверджує вільний
------------------	---	--	--

	фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який підписав зазначений документ)	доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення (область, місто, вулиця, провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності))	доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення
1.	ТОВ «БУДЕКСПЕРТ», код ЄДРПОУ 43043000, директор Шевченко Лариса Василівна	м. Київ, вул. Арсенальна, 1	№ 125 від 30.12.2025

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами (необхідне позначити):

так ☐

ні ☒

9. Реквізити договору про оброблення медичних відходів:

Договір від 01.08.2025 № 799 з ТОВ «ВТОРСИРМАГ» до 31.12.2026

(дата укладення, номер договору, з ким укладено та на який період)

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

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)***

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей,	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного	Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів
------------------	---	--	---	---

[illegible]

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)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата
------------------	---	--------------------------------	---	--	--	---

						видачі, ким видано, категорія) (за наявності)

12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою

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)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)

13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації

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)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)

14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зараховано	Основна робота або робота за	Диплом (спеціальність, серія, номер,	Сертифікат спеціаліста (спеці-	Посвідчення про присвоєння	Сертифікат щодо проходження спеціаль-

			суміс- ництвом	дата видачі, ким виданий)	аль- ність, серія, номер, дата видачі, ким вида- ний)	(під- тверд- ження) квалі- фіка- ційної кате- горії (спеці- аль- ність, серія, номер, дата видачі, ким видано, кате- горія) (за наяв- ності)	них щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідклад- них станах
--	--	--	-------------------	------------------------------------	---	--	---

15. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу та фізичної особи — підприємця відповідно до запису в трудовій книжці (у разі наявності) або відомостей про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування 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	міся- ць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю **Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр»**

(найменування здобувача ліцензії або ліцензіата)

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

Я як здобувач ліцензії (ліцензіат) поінформований, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на 7 аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або припинення її дії відповідно до статей 13 і 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

_____ 20__ р.

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

(власне ім'я та прізвище)

* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.

** Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

*** У разі коли провадження господарської діяльності з медичної практики здійснюється за кількома адресами, інформація зазначається за кожною адресою окремо.

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