

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

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3»
(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: сестринська справа

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні _____

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. _____	спеціалізована допомога	сестринська справа	так	так	ні	ні	ні	ні

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

Медичний кабінет КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3»

(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)

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 КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3» від _____ № _____

Положення про Медичний кабінет КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3», 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: Розпорядження Подільської районної в м.Києві державної адміністрації 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. _____	№ 123 від 30.12.2023

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 КЗО «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3» Режим роботи понеділок – п'ятниця з 08.00 до 16.00, Вихідні: субота, неділя	Медичний кабінет (Сестринська справа) Площа: 17.00 кв.м.	Стіл письмовий МВ Виробник: «Львівтрейдсервіс», Україна	1	Задовільний, 2019 р.
			Стілець Виробник: Компанія «Заповіт» Україна	3	Задовільний, 2019 р
			Шафа для документів Виробник: фірма «Мрія-3», Україна	1	Задовільний, 2019 р.
			Рукавички оглядові нітрилові нестерильні Виробник: Україна	10 пар	Задовільний, 2022р.
			Шприци ін'єкційні одноразового використання 2 мл, 5 мл, 20 мл з голками Medisage	15	Задовільний, 2022 р.
			Стетофонендоскоп Microlife ST 77 Виробник: Microlife AG, Швейцарія	1	Задовільний, 2019 р.
			Катетер внутрішньовенний різних розмірів (16G - 22G) Medisage	2 шт. кожного розміру	Задовільний, 2023 р
			Джгут венозний, Виробник: ТОВ «Київгума» Україна	1	Задовільний, 2023 р

	Маска-клапан для штучної вентиляції легень ТОВ «Фарммедальянс»	1	Задовільний, 2023 р
	Механічний виріб для зупинки кровотечі (турнікет типу САТ або типу SWAT) виробник ТМ СІЧ	2	Задовільний, 2023 р
	Серветка спиртова ТОВ «Допомога 1»	10	Задовільний, 2023 р.
	Система для переливання інфузійних розчинів Виробник: "Біомед" м.Київ, Україна	2	Задовільний, 2011 р.
	Пластир для фіксації катетера внутрішньовенно о ТОВ «Ламед»	3	Задовільний, 2023р
	Лейкопластир на нетканій основі завдовжки 3 - 5 м, завширшки 2 - 3 см ТОВ «Ламед»	1	Задовільний, 2023 р
	Опромінювач бактерицидний ОБН-1-30 Виробник: ПП "Заповіт", Україна	1	Задовільний, 2018р
	Шинана кінцівку для надання першої допомоги, Україна	2	Задовільний, 2021 р
	Бинт еластичний нестерильний, ТОВ «Укрмедтекстиль»	10	Задовільний, 2023 р

			Серветка марлева стерильна ТОВ «Допомога 1»	10	Задовільний, 2023 р
			Дезінфекційний засіб для обробки рук і шкіри 100 мл	1	Задовільний, 2023 р
			Тонометр механічний з малими, середніми і великими манжетами ВК 2001-3001 Виробник: ТОВ «ТЕСПРО», Україна	1	Задовільний, 2015 р.
			Аптечка Виробник: "Компанія Заповіт" Україна	1	Задовільний, 2021 р
			Сумка-укладка для зберігання, транспортування медичних виробів	1	Задовільний, 2020 р
			Термометр цифровий Неасо MDI907 Виробник: Неасо, Китай	1	Задовільний, 2023 р
			Термометр Медичний Microlife MT 3001, Швейцарія	1	Задовільний, 2023 р
			Ножиці медичні тактичні Україна	100	Задовільний, 2023 р
			Шпателі одноразового використання Україна	50	Задовільний, 2023 р
			Пінцети одноразового застосування ТОВ «Техно комплекс»	10	Задовільний, 2023 р
			Шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів Україна	1	Задовільний, 2020 р
			Ємкість для знезараження термометрів	1	Задовільний, 2012 р

			ЕДПО-1, Виробник: ВАТ «Еламед», Україна		
			Кушетка медична Well-2	1	Задовізьний, 2020
			Гігрометр ВІТ-1 Україна	1	Новий, відмінний, 2023
			Ростомір підлоговий медичний Україна	1	Задовізьний, 2020
			Ваги медичні Momert 5831 Виробник: Momert, Угорщина	1	Задовізьний, 2020
			Відро медичне педальне	1	Новий, відмінний, 2023
			Ємність для дезрозчинів	1	Новий, відмінний, 2023
			Дозатор настінний для дезінфектанта, Україна	1	Новий, відмінний, 2023, власність
			Диспенсер для одноразових паперових рушників	1	Новий, відмінний, 2023, власність

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	Ваги медичні Momert 5831 Виробник: Momert, Угорщина	05	2023	Свідоцтво про повірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від _____ № _____ ДП «Укрметртестстандарт»
2	Тонometr механічний з малими, середніми і великими манжетами	05	2023	Свідоцтво про повірку законодавчо

	БК 2001-3001 Виробник: ТОВ «ТЕСПРО», Україна			регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»
3	Термометр цифровий Неасо MDI907 Виробник: Неасо, Китай	05	2023	Свідоцтво про перевірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»
4	Термометр Медичний Microlife MT 3001, Швейцарія	05	2023	Свідоцтво про перевірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»
5	Гігрометр ВІТ-1 Україна	05	2023	Свідоцтво про перевірку законодавчо регульованого засобу вимірювальної техніки від ____ № ____ ДП «Укрметртестстандарт»

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)
------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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)	Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил
------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

						(за наявності)	організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах
1	Гончаренко Олена Іванівна	Сестра медична	основна	Диплом молодшого спеціаліста від _____ № _____, Уманський медичний фаховий коледж, спеціальність «Сестринська справа»	Свідоцтво від _____ № _____ про проходження підвищення кваліфікації (фельдшери, м/с шкіл, дошкільних закладів, ПТУ) Заклад фахової передвищої освіти «Київський фаховий медичний коледж ім.Гаврося» спеціальність «сестринська справа»	Посвідчення від _____ № _____ про присвоєння вищої кваліфікаційної категорії за спеціальністю «Сестринська справа» КНП «Київська міська клінічна лікарня № 5»	

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 КЗО «СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА №3» (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.

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)

(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.