

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**

**Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр»**  
(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: \_\_\_\_\_

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	Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

3. Вивіска на вході 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)

4. 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)

5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

Свідоцтво про право власності 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
------------------	---	---	---

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, що провадять в ньому господарську діяльність з медичної практики, 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	

Загальна площа приміщень      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	

## Кадрові вимоги

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема, керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу) та професіоналів з вищою немединою 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 Іван Іванович	Директор	Основна	Диплом Лікувальна справа, № _____ від _____ Виданий Національним медичним університетом ім. О.О. Богомольця	Сертифікат лікаря-спеціаліста організація і управління охороною здоров'я, № _____ від _____ Виданий Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика	Посвідчення про присвоєння вищої кваліфікаційної категорії за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я», № _____ від _____ видане Українська військово-медична академія

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)

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		
Гончаренко Іван Іванович	9	01	04	2018	Комунальна установа «_____центральна міська лікарня» Прийнятий на посаду завідувача відділення	Наказ від _____ № _____

	14	14	01	2021	Звільнений за згодою сторін	Наказ від _____ № _____
	37	18	02	2021	Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр» Прийнятий на посаду завідувача відділення	Наказ від _____ № _____
	10	03	03	2023	Переведений на посаду Директора Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр»	Наказ від _____ № _____

Відсутність здійснення контролю за діяльністю **Товариство з обмеженою відповідальністю «Приватний МедЦентр»** 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 9 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.