

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
03 червня 2026 року № 739

(найменування органу державного нагляду (контролю)*, місцезнаходження,

номер телефону, адреса електронної пошти)

Вид перевірки:
планова / позапланова

Акт № _____,
на підставі якого приймається рішення щодо припинення дії ліцензії повністю на право
провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та
компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання,
розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для
трансфузії, про

(вид порушення відповідно до вимог пунктів 2, 6–8 та 10 частини дванадцятої статті 16 Закону України
«Про ліцензування видів господарської діяльності»)

«__» _____ 20__ року

(назва населеного пункту)

Цей Акт складено посадовими особами:

(найменування посади, власне ім'я, прізвище)

(найменування посади, власне ім'я, прізвище)

(найменування посади, власне ім'я, прізвище)

(найменування посади, власне ім'я, прізвище)

призначеними наказом _____

(найменування органу державного нагляду (контролю))*

від «__» _____ 20__ року № _____

Перевірку проведено в присутності

(власне ім'я, прізвище, найменування посади, підпис, № доручення)

ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ, або реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи – підприємця □□□□□□□□□□, або серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця**

Місцезнаходження юридичної особи або адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця: _____

Найменування структурних підрозділів юридичної особи або фізичної особи – підприємця, адреси місць провадження господарської діяльності:

Власне ім'я, прізвище керівника: _____

Під час перевірки встановлено:

Додатки до цього Акта (за наявності навести перелік):

№ з/п	Назва документа	Кількість аркушів

(підпис)

(підпис)

(власне ім'я, прізвище)

(підпис)

(власне ім'я, прізвище)

(підпис)

Цей Акт складено на _____ аркушах у двох примірниках.

З результатами перевірки ознайомлений(а), один примірник цього Акта отримав(ла).

(власне ім'я, прізвище)

(підпис)

* Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками або її територіальний орган.

** Для фізичних осіб – підприємців, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта.

**Завідувач Сектору
з розвитку системи крові**

Максим ЧУБАК