

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від _____ 2025 р. № _____

Зміни,
що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з
медичної практики

1. В абзаці четвертому пункту 6 слова «у паперовій формі» замінити словами «шляхом особистого звернення».

2. В абзаці першому пункту 7 слова «одного місяця» замінити словами та цифрою «протягом 30 календарних днів».

3. В пункті 7¹ слово «резидентів» замінити словами «та/або торгівельних відносин з резидентами».

4. В абзаці першому пункту 7² після слів «або іншою уповноваженою на це особою» доповнити словами «власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги"».

5. Абзац другий пункту 9 викласти в такій редакції:
«за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівцями з реабілітації, фармацевтичними спеціальностями згідно з додатком 9 у порядку, передбаченому цими Ліцензійними умовами;».

6. Доповнити пунктом 9¹ такого змісту:
«9¹. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю «наркологія»».

7. Доповнити пунктом 12¹ такого змісту:
«12¹. Медична допомога населенню може надаватись виїзними (мобільними) мультидисциплінарними командами (бригадами) у порядках затверджених МОЗ.

Реабілітаційна допомога може надаватись мультидисциплінарними реабілітаційними командами в мобільному режимі відповідно до статті 18 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»».

8. В пункті 13:

1) підпункт 6 викласти в такій редакції:

«6) забезпечити умови вільного доступу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;»;

2) у підпункті 10 слова «наочно» замінити словами «шляхом особистого звернення»;

3) підпункт 11 викласти в такій редакції:

«11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей та подавати адміністративні дані до розпорядника адміністративних даних відповідно до статі 8 Закону України «Про офіційну статистику» у строки, встановлені МОЗ;»;

4) у підпункті 13 слово «методології» виключити;

5) підпункти 25 та 26 викласти в такій редакції:

«25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, заходів з профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Медичні відходи збираються, обробляються та видаляються відповідно до Державних санітарних норм та правил «Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпечності для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів», затверджених МОЗ;

26) забезпечити наявність і запас засобів індивідуального захисту, які відповідають вимогам технічних регламентів, дія яких на них поширюється та проводити навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях;»;

6) у підпункті 28 після слів «найманих працівників» доповнити словами «та працівників певних категорій», а після слів та цифр «(Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950)» – словами «, Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ».

9. Пункт 14 викласти в такій редакції:

«14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.».

10. У пункті 15¹:

1) абзац другий викласти в такій редакції:

«затвердити індивідуальний реабілітаційний план у разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою;»;

2) доповнити пункт після абзацу другого новим абзацом такого змісту:

«надавати реабілітаційну допомогу відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, або відповідно до мети, зазначеної у

програмі терапії відповідно до частини першої статті 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»».

У зв'язку з цим абзаци третій – сьомий вважати відповідно абзацами четвертим – восьмим.

11. Доповнити пунктом 15³ такого змісту:

«15³. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає медичну допомогу пацієнтам з психіатричними захворюваннями в стаціонарних умовах, повинен:

забезпечити для пацієнтів, вільним доступом до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;

дотримуватись правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади.».

12. У пункті 16 слова «їх атестацію/акредитацію» виключити.

13. Пункт 18 викласти в такій редакції:

«18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, працівників та здобувачів освіти (вихованців, учнів, студентів) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:

укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти договору з закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, які отримали ліцензію на медичну практику, та створили на таких підприємствах, установах, організаціях та закладах освіти умови для медичного обслуговування;

або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.».

14. У пункті 23 після слова «повністю» доповнити словами «або частково» у шістьох випадках.

15. Доповнити пунктом 23¹ такого змісту:

«23¹. У разі наміру:

проведення господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 9 та за новими видами надання медичної допомоги, які наведені в абзаці третьому пункту 9 цих Ліцензійних умов ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до

органу ліцензування заяву про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики за формою згідно з додатком 7, та документи, перелік яких передбачений пунктом 6 цих Ліцензійних умов;

припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону до органу ліцензування заяву про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково згідно з додатком 8.».

16. В пункті 37 після слова «Ліцензіат» доповнити словами «, окрім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі,», а після слів «для вільного доступу» – словами «особам з інвалідністю та інших».

17. Додатки 1– 6 викласти в такій редакції:

«Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України
від _____ 20 ____ р. № _____)

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної
практики

Здобувач ліцензії _____
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
фізичної особи – підприємця)

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання
(перебування) фізичної особи – підприємця)

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта
фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером
паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

(відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за
наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер

паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону здобувача ліцензії: _____

e-mail здобувача ліцензії: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики згідно з пунктом 3 додатка 2 цих Ліцензійних умов.

«__» _____ 20__ р.

(підпис здобувача ліцензії, або
іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

«__» _____ 20__ р. № _____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

;

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету
Міністрів України
від _____ 20__ р. № ____)

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

(повне 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: _____

молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні*: _____

2. Режим роботи суб'єкта господарювання

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Режим роботи (зазначається день тижня (цілодобово), з якої години початок та закінчення)
------------------	---	---

3. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики

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

(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, торгівельна марка (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***:

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

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1) не житлове приміщення | так ☐ | ні ☐ |
| 2) окреме приміщення | так ☐ | ні ☐ |
| 3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу | так ☐ | ні ☐ |
| 4) ізольоване (має окремий вхід) | так ☐ | ні ☐ |

5) 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) 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
------------------	---	---	---

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:

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

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

10. 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	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі	Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури,
------------------	---	---	--	---

		молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	найменування	кількість	приладів, інструментарію
--	--	--	--------------	-----------	--------------------------

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

Кадрові вимоги

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 (у тому числі 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	Прізвище, власне ім'я,	Посада (у тому числі)	Основна робота	Диплом (спеціальність,	Свідоцтво про проходження підвищення	Посвідчення про присвоєння (підтвердження)
------------	------------------------	-----------------------	----------------	------------------------	--------------------------------------	--

номер	по батькові (за наявності)	посада, на яку буде зараховано)	або робота за сумісництвом	серія, номер, дата видачі, ким виданий)	кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано)	) 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 (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна 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 охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна 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)	Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедич
------------------	--	--	------------------------------------	--	--	---	--

							ної допомог и при невідкла дних станах
--	--	--	--	--	--	--	---

15. 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 р запис у	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 видачі та номер)
		число	місяць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю _____
(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», та/або торгівельних відносин з 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 _____ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її припинення 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 декілька адресів місць провадження господарської діяльності з медичної практики інформація зазначається за кожною адресою окремо;

**** У разі коли за однією адресою розташовані декілька 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.;

Додаток 3
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

ОПИС
документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії
на провадження господарської діяльності з медичної практики

Від _____
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

_____ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

_____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця

_____ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

_____ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта))

Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
------------------	------------------------	-------------------------------

Прийняв

_____ (кількість документів (цифрами і словами))

_____ (підпис відповідальної особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

_____ 20__ року

_____ (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

_____ 20__ р.;

Додаток 4
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про переоформлення ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики

Спадкоємець _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

(інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи - підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

(відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики _____
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону спадкоємця: _____

e-mail спадкоємця: _____

До заяви додаю:

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
------------------	------------------------	-------------------------------

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.

_____ 20__ р.

(підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

_____ 20__ р. № _____

(власне ім'я та прізвище)

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

;

Додаток 5
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про зупинення дії ліцензії повністю або частково на провадження господарської
діяльності з медичної практики

Ліцензіат _____
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи -
підприємця)

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання
(перебування) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта
фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером
паспорта)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером
паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної
практики _____,
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю або частково)

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☐ так ☐ ні

Порядко вий 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
-------------------------	---	---	---

терміном до «__» _____ 20__ р., у зв'язку з

(обов'язково вказується причина зупинення дії ліцензії повністю)

Я усвідомлений про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення дії ліцензії повністю становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішення органу ліцензування про зупинення дії ліцензії повністю.

Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюсь повідомити орган ліцензування у спосіб передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

«__» _____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або іншої
уповноваженої особи)
МП (за наявності)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви
«__» _____ 20__ р. № _____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

;

Додаток 6
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20__ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про відновлення дії ліцензії повністю або частково на провадження
господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат _____

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

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

_____,
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю або частково)

повністю: ☐ так ☐ ні

частково: ☐ так ☐ ні

Порядковий 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
------------------	---	--	---

з «___» _____ 20___ р., у зв'язку з

(обов'язково вказується підстава відновлення дії ліцензії повністю)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю:

1. _____ додається на ___ аркушах;
2. _____ додається на ___ аркушах.
(найменування документа дата та його номер)

«___» _____ 20___ р.

(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)
МП (за наявності)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви
«___» _____ 20___ р. № _____

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

».

18. Доповнити Ліцензійні умови додатками 7 – 9 такого змісту:

«Додаток 7
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20___ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат _____

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

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,
(дата та номер рішення про видачу ліцензії)

згідно з пунктом 3 додатка 2 цих Ліцензійних умов

«__» _____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або іншої
уповноваженої особи)
МП (за наявності)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

«__» _____ 20__ р. № _____

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

;

Додаток 8
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20__ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

**про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з
медичної практики повністю або частково**

Ліцензіат _____

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

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

(відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: _____

e-mail ліцензіата: _____

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,

(дата та номер рішення про видачу ліцензії)

повне: ☐ так ☐ ні

часткове: ☐ так ☐ ні

Порядковий 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
------------------	---	--	---

«__» _____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

МП (за наявності)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

«__» _____ 20__ р. № _____

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

;

Додаток 9
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

Перелік лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, за яким надається екстрена, первинна спеціалізована, паліативна медична допомога та реабілітаційна допомога

п/н	Назва спеціальності	Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога)
I Лікарські спеціальності		
1.	Авіаційна та космічна медицина	Спеціалізована медична допомога
2.	Акушерство і гінекологія	Спеціалізована медична допомога
3.	Алергологія	Спеціалізована медична допомога
4.	Анестезіологія	Спеціалізована та паліативна медична допомога
5.	Бактеріологія	Спеціалізована медична допомога
6.	Вірусологія	Спеціалізована медична допомога
7.	Гастроентерологія	Спеціалізована медична допомога
8.	Гематологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
9.	Генетика медична	Спеціалізована медична допомога
10.	Геріатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
11.	Генетика лабораторна	Спеціалізована медична допомога
12.	Дитяча алергологія	Спеціалізована медична допомога
13.	Дитяча анестезіологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
14.	Дитяча гастроентерологія	Спеціалізована медична допомога
15.	Дитяча гематологія	Спеціалізована медична допомога
16.	Дитяча гематологія-онкологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
17.	Дитяча гінекологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
18.	Дерматовенерологія	Спеціалізована медична допомога
19.	Дитяча дерматовенерологія	Спеціалізована медична допомога
20.	Дієтологія	Спеціалізована медична допомога
21.	Дитяча ендокринологія	Спеціалізована медична допомога
22.	Дитячі інфекційні хвороби	Спеціалізована медична допомога
23.	Дитяча імунологія	Спеціалізована медична допомога
24.	Дитяча кардіологія	Спеціалізована медична допомога
25.	Дитяча кардіоревматологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
26.	Дитяча неврологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога

27.	Дитяча нефрологія	Спеціалізована медична допомога
28.	Дитяча нейрохірургія	Спеціалізована медична допомога
29.	Дитяча онкологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
30.	Дитяча ортопедія і травматологія	Спеціалізована медична допомога
31.	Дитяча отоларингологія	Спеціалізована медична допомога
32.	Дитяча офтальмологія	Спеціалізована медична допомога
33.	Дитяча патологічна анатомія	Спеціалізована медична допомога
34.	Дитяча психіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
35.	Дитяча пульмонологія	Спеціалізована медична допомога
36.	Дитяча ревматологія	Спеціалізована медична допомога
37.	Дитяча стоматологія	Спеціалізована медична допомога
38.	Дитяча урологія	Спеціалізована медична допомога
39.	Дитяча фтизіатрія	Спеціалізована медична допомога
40.	Дитяча хірургія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
41.	Ендокринологія	Спеціалізована медична допомога
42.	Ендоскопія	Спеціалізована медична допомога
43.	Епідеміологія	Спеціалізована медична допомога
44.	Загальна практика - сімейна медицина	Первинна, паліативна медична допомога
45.	Імунологія	Спеціалізована медична допомога
46.	Інфекційні хвороби	Спеціалізована медична допомога
47.	Клінічна імунологія	Спеціалізована медична допомога
48.	Кардіологія	Спеціалізована медична допомога
49.	Комбустіологія	Спеціалізована медична допомога
50.	Клінічна лабораторна діагностика	Спеціалізована медична допомога
51.	Клінічна біохімія	Спеціалізована медична допомога
52.	Лабораторна імунологія	Спеціалізована медична допомога
53.	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина	Спеціалізована медична допомога
54.	Лікувальна фізкультура	Спеціалізована медична допомога
55.	Мікробіологія і вірусологія	Спеціалізована медична допомога
56.	Медична психологія	Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога
57.	Медицина невідкладних станів	Екстрена та спеціалізована медична допомога
58.	Народна та нетрадиційна медицина	Спеціалізована медична допомога
59.	Наркологія	Спеціалізована медична допомога
60.	Неврологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
61.	Нефрологія	Спеціалізована медична допомога
62.	Нейрохірургія	Спеціалізована медична допомога
63.	Неонатологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
64.	Організація і управління охороною здоров'я	Екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога
65.	Онкологія	Спеціалізована та паліативна медична допомога

66.	Ортопедія і травматологія	Спеціалізована медична допомога
67.	Отоларингологія	Спеціалізована медична допомога
68.	Онкоотоларингологія	Спеціалізована медична допомога
69.	Офтальмологія	Спеціалізована медична допомога
70.	Ортодонція	Спеціалізована медична допомога
71.	Ортопедична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
72.	Онкохірургія	Спеціалізована медична допомога
73.	Паразитологія	Спеціалізована медична допомога
74.	Пародонтологія	Спеціалізована медична допомога
75.	Патологічна анатомія	Спеціалізована медична допомога
76.	Педіатрія	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
77.	Підліткова терапія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
78.	Променева терапія	Спеціалізована медична допомога
79.	Проктологія	Спеціалізована медична допомога
80.	Професійна патологія	Спеціалізована медична допомога
81.	Психіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
82.	Психотерапія	Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога
83.	Психофізіологія	Спеціалізована медична допомога
84.	Пульмонологія	Спеціалізована медична допомога
85.	Радіологія	Спеціалізована медична допомога
86.	Радіонуклідна діагностика	Спеціалізована медична допомога
87.	Рентгенологія	Спеціалізована медична допомога
88.	Ревматологія	Спеціалізована медична допомога
89.	Рефлексотерапія	Спеціалізована медична допомога
90.	Санологія	Спеціалізована медична допомога
91.	Спортивна медицина	Спеціалізована медична допомога
92.	Сексопатологія	Спеціалізована медична допомога
93.	Стоматологія	Спеціалізована медична допомога
94.	Суднова медицина	Спеціалізована медична допомога
95.	Сурдологія	Спеціалізована медична допомога
96.	Судинна хірургія	Спеціалізована медична допомога
97.	Терапія	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
98.	Терапевтична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
99.	Токсикологія	Спеціалізована медична допомога
100.	Трансплантологія	Спеціалізована медична допомога
101.	Трансфузіологія	Спеціалізована медична допомога
102.	Торакальна хірургія	Спеціалізована медична допомога
103.	Ультразвукова діагностика	Спеціалізована медична допомога
104.	Урологія	Спеціалізована медична допомога
105.	Фізіотерапія	Спеціалізована медична допомога
106.	Фізична та реабілітаційна медицина	Реабілітаційна допомога
107.	Фтизіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
108.	Функціональна діагностика	Спеціалізована медична допомога
109.	Хірургічна стоматологія	Спеціалізована медична допомога

110.	Хірургія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
111.	Хірургія серця і магістральних судин	Спеціалізована медична допомога
112.	Щелепно-лицева хірургія	Спеціалізована медична допомога
II Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою		
113.	Акушерська справа	Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога
114.	Лабораторна справа (клініка)	Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога
115.	Лабораторна справа (гігієна)	Спеціалізована медична допомога
116.	Лабораторна справа (патологія)	Спеціалізована медична допомога
117.	Лікувальна справа	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
118.	Лікувальна справа (невідкладні стани)	Екстрена медична допомога
119.	Медична статистика	Спеціалізована, паліативна, екстрена, первинна медична допомога
120.	Медико-профілактична справа	Спеціалізована медична допомога
121.	Рентгенологія	Спеціалізована медична допомога
122.	Санологія	Спеціалізована медична допомога
123.	Сестринська справа	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
124.	Сестринська справа (операційна)	Спеціалізована медична допомога
125.	Стоматологія	Спеціалізована медична допомога
126.	Ортопедична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
III Фахівці з реабілітації		
127.	Ерготерапія	Реабілітаційна допомога
128.	Клінічна психологія	Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога
129.	Клінічне душпастирство	Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога
130.	Протезування-ортезування	Реабілітаційна допомога
131.	Психотерапія	Реабілітаційна допомога
132.	Терапія мови і мовлення	Реабілітаційна допомога
133.	Фізична терапія	Реабілітаційна допомога
IV Фармацевтичні спеціальності		
134.	Фармація	Первинна медична допомога
135.	Клінічна фармація	Первинна медична допомога

».