

Додаток 5
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 2 липня 2025 р. № 781)

МОЗ України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

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

Ліцензіат ФОП Семікоз Володимир Петрович
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,

по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця,

Тернопільська обл., м. Тернопіль, вул. А. Чайковського, буд. 43 Б
місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareestrovano) місця проживання
(перебування) фізичної особи — підприємця,

для юридичних осіб — ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —
272589633

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта
громадянина України

(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного
номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і
мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

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

відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за
наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності),
номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання
відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили
про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та
номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: 0502441111

Адреса електронної пошти ліцензіата: semikoz@ukr.net

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності
з медичної практики видану наказом від 16.05.2019 № 1077:

(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється 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
1	м. Київ, вул. Печерська, буд. 5. приміщ. 2	спеціалізована медична допомога	«акушерство і гінекологія»

строком до 01 червня 2026р. у зв'язку з відсутністю лікаря-акушера-гінеколога

(причина зупинення повністю або частково дії ліцензії)

Я поінформований про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” зупинення повністю або частково дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю або частково дії ліцензії.

Про відновлення повністю або частково дії ліцензії зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

01.01.2026 р.

(підпис ліцензіата або уповноваженої особи)

Володимир Семікоз
(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)

{Ліцензійні умови доповнено додатком 5 згідно з Постановою КМ № 1393 від 27.12.2023; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 536 від 10.05.2024; в редакції Постанови КМ № 781 від 02.07.2025}