

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
\_\_\_\_\_ року № \_\_\_\_\_

### Форма заяви про намір бути провайдером

\_\_\_\_\_ (повне найменування юридичної особи)  
в особі \_\_\_\_\_,  
(найменування посади, прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) керівника)  
що діє на підставі \_\_\_\_\_,  
цією заявою підтверджує намір бути провайдером заходів безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я. Зобов'язується під час проведення заходів безперервного професійного розвитку неухильно дотримуватися вимог Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року № 725.

Цією заявою \_\_\_\_\_ (повне найменування юридичної особи)  
також інформує про \_\_\_\_\_ (наявність/відсутність)  
правовідносин з особами, якими провадиться діяльність з виробництва, оптової та роздрібної торгівлі, імпорту лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів реабілітації.

#### Відомості про юридичну особу:

повне найменування \_\_\_\_\_  
місцезнаходження \_\_\_\_\_  
код згідно з ЄДРПОУ \_\_\_\_\_  
номер телефону \_\_\_\_\_  
адреса електронної пошти \_\_\_\_\_  
адреса веб-сайту, який буде використовуватися як сайт провайдера \_\_\_\_\_  
прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) керівника \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) керівника)  
(дата) (підпис)

**Начальник Управління  
медичних кадрів, освіти і науки**

**Сергій УБОГОВ**