

## ЗАЯВА

про проведення акредитації закладу охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я Медичний центр товариства з обмеженою відповідальністю «Злагода»Код згідно з ЄДРПОУ: 55559875Форма власності та відомче підпорядкування приватнаАдреса закладу охорони здоров'я 01601, м. Київ, вул. М. Грушевського, 159,  
телефон (телефакс) (044) 258-59-48,e-mail: frpe@ukr.netв особі головного лікаря Іванова Петра Івановича

(прізвище, ім'я та по батькові, посада керівника закладу охорони здоров'я)

просить провести акредитацію відповідно до Порядку акредитації закладу охорони здоров'я

№ п/п	Найменування документа	Кількість аркушів
1.	Копія положення (статуту) закладу, засвідчена в установленому законодавством порядку (крім статуту, що оприлюднений на порталі електронних сервісів відповідно до Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»)	5
2.	Копії документів, що підтверджують речові права на нерухоме майно, у якому розташований заклад охорони здоров'я, та копії документів, що підтверджують право користування обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги, засвідчені в установленому законодавством порядку	15
3.	Затверджена структура закладу	1
4.	Звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ)	3
5.	Звіт закладу про лікувальну роботу та/або фармацевтичну діяльність, проведеною за останні три роки, а у разі першої акредитації — за останні два роки (за формою, затвердженою МОЗ, відповідно до типу закладу)	25
6.	Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки	5

«25» березня 2017 р.

\_\_\_\_\_

(підпис)  
М.П. (за наявності)П.І. Іванов

(прізвище, ініціали керівника закладу)