

Додаток 1  
до Порядку  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 8 лютого 2017 р. № 68)

**ЗАЯВА**  
про проведення акредитації закладу охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я \_\_\_\_\_

Код згідно з ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_

Форма власності та відомче підпорядкування \_\_\_\_\_

Адреса закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_ телефон (телефакс),

адреса електронної пошти \_\_\_\_\_

в особі \_\_\_\_\_

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

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

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")	
2. Копії документів, що підтверджують речові права на нерухоме майно, в якому розташований заклад охорони здоров'я, та копії документів, що підтверджують право користування обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги, засвідчені в установленому законодавством порядку	
3. Затверджена структура закладу	
4. Звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ)	
5. Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки	

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали керівника закладу)

МП (за наявності)

***{Додаток 1 в редакції Постанов КМ № 1216 від 17.12.2012, № 68 від 08.02.2017; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 215 від 13.03.2019}***