

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта
<p>4. Здобувач ліцензії для її отримання подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про отримання ліцензії за формою згідно з додатком 1, до якої додаються:</p> <p>.....</p> <p><b>Відсутня</b></p>	<p>4. Здобувач ліцензії для її отримання подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про отримання ліцензії за формою згідно з додатком 1, до якої додаються:</p> <p>.....</p> <p><b>копія документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до державних будівельних норм і правил, виданого фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має відповідний кваліфікаційний сертифікат.</b></p>
<p>6. У разі наявності підстав для переоформлення ліцензії ліцензіат зобов'язаний протягом одного місяця подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії згідно з додатком 4 та документи, визначені частиною п'ятнадцятою статті 13 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».</p>	<p><b>6. У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії, визначених частиною сьомою статті 15 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», фізична особа-підприємець, яка є спадкоємцем (далі – спадкоємець) ліцензіата, зобов'язана протягом одного місяця з дати набуття такого права подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою, згідно з додатком 4 до цих Ліцензійних умов.</b></p>

	<p>До заяви про переоформлення ліцензії додаються: документи, їх копії (фотокопії), засвідчені спадкоємцем, що підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії;</p> <p>документи, визначені пунктом 4 цих Ліцензійних умов, з метою встановлення відповідності спадкоємця вимогам цих Ліцензійних умов.</p>
Відсутня	<p>Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції») резидентів держав, що здійснюють збройну агресію проти України (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України») та/або дії яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України, та/або не можуть діяти в інтересах таких осіб.</p> <p>Здобувач ліцензії, спадкоємець, ліцензіат та/або пов'язані з ним особи (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції») не можуть належати до осіб, діяльність яких обмежена чи заборонена відповідно до Закону України «Про санкції».</p>
Відсутня	<p>6<sup>2</sup>. Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та цих Ліцензійних умов, викладаються державною мовою та підписуються здобувачем ліцензії, ліцензіатом або іншою уповноваженою на це особою. У разі оформлення документів, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом у паперовій формі, вони складаються за</p>

	<p>допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт розміром не менше 12 друкарського пункту) або оформлюються рукописним способом (друкованими буквами та цифрами). Документи, що подаються в електронній формі, оформляються згідно з вимогами законодавства у сфері електронного документообігу.</p> <p>У разі підписання та/або подання документів уповноваженим представником здобувача ліцензії, ліцензіата до заяви про отримання ліцензії, додатково додається оригінал документа (засвідчена копія), що засвідчує його повноваження.</p>
<p>7. Ліцензіат за місцем (місцями) провадження діяльності банків пуповинної крові розміщує в доступному для споживача місці:</p> <p>.....</p> <p>вивіску або інформаційну табличку із зазначенням найменування ліцензіата (при вході до банку).</p>	<p>7. Ліцензіат за місцем (місцями) провадження діяльності банків пуповинної крові розміщує в доступному для споживача місці:</p> <p>.....</p> <p>вивіску або інформаційну табличку із зазначенням найменування ліцензіата (при вході до банку). <b>На вивісці або інформаційній табличці найменування ліцензіата подається державною мовою та за потреби може дублюватися іншою мовою з врахуванням вимог визначених частиною другою статті 28 Закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної», при цьому текст іншою мовою не може бути більшим за обсягом та шрифтом, ніж текст державною мовою.</b></p>
<p>9. Ліцензіат повинен:</p> <p>.....</p> <p><b>Відсутній</b></p>	<p><b>9. Ліцензіат повинен:</b></p> <p>.....</p> <p><b>дотримуватись державних санітарних норм і правил</b></p>

	<p>з організації роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I – IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами, затвердженими МОЗ;</p> <p>дотримуватись Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених МОЗ;</p> <p>дотримуватись вимог якості, безпеки тестування, вилучення, зберігання та транспортування тканин та клітин, вилучених у донора-трупа, затверджених МОЗ.</p>
<p>13. Про припинення (планове та/або позапланове) діяльності банків пуповинної крові за будь-яким місцем провадження ліцензіат у будь-який зручний спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) повідомляє органу ліцензування у день припинення діяльності.</p> <p>Про відновлення діяльності банків пуповинної крові ліцензіат у будь-який зручний спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) повідомляє органу ліцензування до моменту відновлення діяльності.</p>	<p><b>13. У разі:</b></p> <p>зупинення дії ліцензії, але не більше, ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, згідно з додатком 5 до цих Ліцензійних умов;</p> <p>відновлення дії ліцензії, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення дії ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, згідно з додатком 6 до цих Ліцензійних умов;</p> <p>зупинення дії ліцензії на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», ліцензіат подає до органу ліцензування інформацію про сплату штрафу,</p>

	передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.
<p>14. Діяльність банків пуповинної крові провадиться в нежитлових приміщеннях, які ізольовані від інших приміщень.</p>	<p><b>14. Діяльність банків пуповинної крові провадиться в нежитлових приміщеннях, які ізольовані від інших приміщень, в яких створено необхідні умови для вільного доступу до них осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат.</b></p> <p><b>У житлових, багатофункціональних будинках і комплексах не допускається розміщення біотехнологічних лабораторій, які проводять дослідження матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I – IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами, або дослідження матеріалу, підозрюваного на їх вміст.</b></p> <p><b>Приміщення забезпечуються:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>гарячим та холодним водопостачанням, каналізацією;</b></li> <li><b>опаленням (централізованим та/або локальним, та/або індивідуальним);</b></li> <li><b>системами вентиляції (припливно-витяжною або витяжною вентиляцією);</b></li> <li><b>умовами для миття та антисептичної обробки рук персоналу;</b></li> <li><b>засобами передстерилізаційного очищення та стерилізації медичних виробів, а також облаштовані і оздоблені матеріалами, стійкими до дезінфекційних засобів.</b></li> </ul> <p><b>Ліцензіат зобов'язаний забезпечити доступність</b></p>

	<p><b>власного вебсайту (у разі його наявності) для користувачів з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення та інтелектуального розвитку, а також з різними комбінаціями порушень відповідно до ДСТУ ISO/IEC 40500:2015 «Інформаційні технології. Настанова з доступності веб-контенту W3C (WCAG) 2.0.</b></p>		
<p style="text-align: center;">Додаток 2 до Ліцензійних умов</p> <p style="text-align: center;"><b>ВІДОМОСТІ</b> про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>“ ___ ” _____ 20__ року</p>	<p style="text-align: center;">Додаток 2 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20__ р. № _____)</p> <p style="text-align: center;"><b>ВІДОМОСТІ</b> про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p>		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">1. Найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи — підприємця</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table> <p>2. Реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою для користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням/договір оренди, свідоцтво про право власності тощо)</p> <hr/> <p>3. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта</p>	1. Найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи — підприємця		<p>(найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)</p> <p>1. Реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою для користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням/договір оренди, свідоцтво про право власності тощо)</p> <hr/> <p>2. Інформація про адресу (-и) місця (-ь) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини та Перелік тканин і клітин людини, з якими дозволена діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, затверджений МОЗ (вказується за кожною адресою окремо):</p>
1. Найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи — підприємця			

(дата, номер, ким виданий, на яку адресу видано)

## 4. Перелік наявних приміщень та їх оснащення

Порядковий номер	Найменування структурного підрозділу	Найменування приміщення (кабінету) та його площа	Перелік оснащення (медична техніка, вироби медичного призначення, апаратура, прилади, інструментарій)		Технічний стан, рік випуску
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_

## 5. Перелік засобів виміральної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Сфера застосування засобів виміральної техніки	Найменування засобів виміральної техніки	Кількість	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
				місяць	рік	

## 6. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Займана посада працівника	Дата і номер документа щодо прийняття на роботу	Основна робота або за сумісництвом (фізична	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата,	Документ, який підтверджує кваліфі

## Адреса (-и) місця (-ь) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

(індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, приміщення тощо)

## Перелік тканин і клітин людини, з якими дозволена діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, затверджений МОЗ (необхідне відмітити)

- Пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини;
- Пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини;
- Плацента та виділені з неї клітини;
- Гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові;
- Сполучна тканина та виділені з неї клітини;
- Тканина яєчника/яєчка;
- Матеріал ембріофетального

				особа — підприєм- ць зазначає дату, з якої займаєтьс- я таким видом діяльності )	ким видано) та спеціаль- ність у разі проходж- ення інтернат ури	-кацію		походження та виділені з нього клітини;  <input type="checkbox"/> Молочні зуби та виділені з них клітини;  <input type="checkbox"/> Інші тканини і клітини людини, затверджені МОЗ.  _____ (необхідно зазначити)
--	--	--	--	--	---	--------	--	--

7. Відомості про керівника банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові	Займан а посада	Дата і номер документа щодо прийняття на посаду керівника	Основн а робота або за сумісн ицтвом	Відомості про освіту (спеціальн исть, серія, номер, дата, ким видано)
------------------	-----------------------------	-----------------	---	--------------------------------------	---

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”).

Заявник

3. Характеристика будівлі (приміщення), в якому розміщено банк пуповинної крові, інших тканин і клітин людини за адресою: \_\_\_\_\_

(вказується за кожною адресою окремо із зазначенням індексу, області, району, міста/селища міського типу/села/селища, вулиці, будинку, приміщення тощо)

1. Ізольоване (має окремий вхід)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
2. Вбудоване (прибудоване)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
3. Окреме приміщення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
4. Знаходиться у нежитловому будинку	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
5. Знаходиться на цокольному поверсі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
6. Знаходиться в підвалі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
7. Приміщення розміщується	на _____ поверсі (поверхах)	
8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини	_____ поверх(и)	
9. Опалення приміщень:		
9.1 централізоване	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
9.2 локального обігріву	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
9.3 індивідуальне	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
10. Система вентиляції:		
10.1 припливно-витяжна	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>



(дата)

(підпис)

М.П. (за  
наявності)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом та скріплюються печаткою заявника (за наявності)

10.2 витяжна вентиляція	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
11. Водопостачання:		
11.1 холодне	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
11.2 гаряче	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
12. Забезпеченість каналізацією	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
13. Забезпеченість умовами для миття та антисептичної обробки рук персоналу	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
14. Приміщення облаштоване та оздоблене матеріалами стійкими до дезінфекційних засобів	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
15. Забезпеченість засобами передстерилізаційного очищення та стерилізації медичних виробів	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>

## 4. Перелік наявних приміщень та їх оснащення

Порядковий номер	Найменування структурного підрозділу та адреси місця провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (зазначається індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, приміщення тощо)	Найменування приміщення (кабінету) та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску
			Найменування	кількість	

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_

5. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

Порядковий номер	Сфера застосування засобів вимірювальної техніки	Найменування засобів вимірювальної техніки	Кількість	Дата останньої повірки	Реквізити документа про метрологічну повірку
------------------	--	--	-----------	------------------------	--

6. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові	Займана посада працівника	Дата і номер документа щодо прийняття на роботу	Основна робота або за сумісництвом (фізична особа – підприємець зазначає дату, з якої займається таким видом діяльності)	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано) та спеціальність у разі проходження інтернатури	Документ, який підтверджує кваліфікацію
------------------	------------------------------------	---------------------------	---	--	--	---

7. Відомості про керівника банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові	Займана посада	Дата і номер документа щодо прийняття на посаду керівника	Основна робота або за сумісництвом	Відомості про освіту (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)
------------------	------------------------------------	----------------	---	------------------------------------	--

8. Відомості про стаж роботи керівника банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи — підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові	Номер запису	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 та номер)

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

у значенні, наведеному у статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному у 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 анулювання відповідно до статей 13 та 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

У разі подання в паперовій формі цих відомостей кожна сторінка засвідчується підписом та датою їх складання здобувачем ліцензії, ліцензіатом (їх уповноваженим представником).

Ліцензіат/здобувач ліцензії

	<p style="text-align: center;">_____ (дата)</p> <p style="text-align: center;">_____ (підпис ліцензіата або здобувача ліцензії)</p> <p style="text-align: center;">М.П. (за наявності)</p> <p style="text-align: center;">_____ (власне ім'я та прізвище)</p>						
<b>Відсутній</b>	<p style="text-align: center;"><b>Додаток 5</b> <b>до Ліцензійних умов</b></p> <p style="text-align: center;">_____ (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАЯВА</b> <b>про зупинення дії ліцензії на провадження господарської</b> <b>діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин</b> <b>людини</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="1077 770 1554 970" style="width: 30%; text-align: center;">Ліцензіат</td> <td data-bbox="1554 770 2065 970"> <p style="text-align: center;">_____ (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 970 1554 1153" style="text-align: center;">Місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи – підприємця</td> <td data-bbox="1554 970 2065 1153"> <p style="text-align: center;">_____ (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо, згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 1153 1554 1449" style="text-align: center;">Код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців – реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через</td> <td data-bbox="1554 1153 2065 1449"> <p style="text-align: center;">_____ _____</p> </td> </tr> </table>	Ліцензіат	<p style="text-align: center;">_____ (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)</p>	Місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи – підприємця	<p style="text-align: center;">_____ (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо, згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань)</p>	Код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців – реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через	<p style="text-align: center;">_____ _____</p>
Ліцензіат	<p style="text-align: center;">_____ (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)</p>						
Місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи – підприємця	<p style="text-align: center;">_____ (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо, згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань)</p>						
Код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців – реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через	<p style="text-align: center;">_____ _____</p>						

свої релігійні переконання від прийняття ресстраційного номера облікової картки платника податків	
e-mail	_____
Номер телефону	_____
Адреса вебсайту (за наявності)	_____
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи	_____ _____
Форма власності юридичної особи	_____

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

\_\_\_\_\_,  
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється)

терміном до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року, у зв'язку з \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(необхідно вказати причини зупинення дії ліцензії)

З Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 286, ознайомлений та зобов'язуюсь їх виконувати.

	“ ___ ” _____ 20__ р.	_____ (підпис заявника)	_____ (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)

Відсутній

**Додаток 6  
до Ліцензійних умов**

\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

про відновлення дії ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Ліцензіат	_____ (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)
Місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи – підприємця	_____ (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо, згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань)
Код згідно з ЄДРПОУ (для	

	юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців – реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія, номер паспорта фізичної особи – підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків	_____ _____
	e-mail	_____ _____
	Номер телефону	_____ _____
	Адреса вебсторінки (за наявності)	_____ _____
	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи	_____ _____
	Форма власності юридичної особи	_____ _____
<p style="text-align: center;">Прощу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p>		
<p style="text-align: center;">_____ , (зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється)</p>		
<p>з « ____ » _____ 20 ____ року, у зв'язку з _____</p>		
<p style="text-align: center;">(необхідно вказати причини відновлення дії ліцензії)</p>		
<p>З Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством</p>		

охорони здоров'я, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 286, ознайомлений та зобов'язуюсь їх виконувати.

“ ___ ” _____ 20__ р.	_____ (підпис заявника)	_____ (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)

**Міністр охорони здоров'я України**

**Віктор ЛЯШКО**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.