

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України
від _____ № _____

ЗМІНИ,

що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я

1. Абзац четвертий пункту 4 викласти в такій редакції:

«опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.»

2. Пункт 6 викласти в такій редакції:

«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 ліцензіата (далі – спадкоємець), 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.

До заяви про переоформлення ліцензії додаються:

засвідчені спадкоємцем копії документів, що підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії;

документ, визначений абзацом другим пункту 4 цих Ліцензійних умов, з метою встановлення відповідності спадкоємця вимогам цих Ліцензійних умов.»

3. Ліцензійні умови доповнити пунктами б¹ – б² такого змісту:

б¹. 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.

б². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, мають бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем або іншою уповноваженою на це особою. У разі оформлення документів, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем у

паперовій формі, вони складаються за допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт розміром не менше 12 друкарського пункту) або оформлюються рукописним способом (друкованими буквами та цифрами), а сторінки відомостей 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 нумеруються.

Документи, що подаються в електронній формі, оформляються згідно з вимогами законодавства у сфері електронного документообігу.

У разі підписання та/або подання документів уповноваженою особою здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця до заяв про отримання та переоформлення ліцензії, додатково додається оригінал документа або засвідчена копія, що підтверджує його повноваження.».

4. Пункт 9 викласти в такій редакції:

«9. Ліцензіат повинен:

затвердити структуру, штатний розпис банку, стандартні операційні процедури, в яких зазначається порядок: перевезення біологічного матеріалу (із зазначенням засобів перевезення, мінімальної та максимальної температури, часу перевезення), здійснення всіх процесів діяльності банку пуповинної крові, які дозволяють забезпечити виконання цих Ліцензійних умов;

зберігати документи, які підтверджують виконання робіт, пов'язаних із зберіганням, переробкою (процесінгом) біологічного матеріалу, маркуванням (кодуванням), тестуванням (перевіркою) продуктів та/або препаратів пуповинної крові, інших тканин і клітин людини;

зберігати документ, що підтверджує внесення плати за видачу ліцензії;

провадити діяльність банків пуповинної крові тільки за тією адресою, яка зазначена у заяві про отримання ліцензії, та в документах, що додавалися до неї, з урахуванням відомостей про всі місця провадження діяльності банків пуповинної крові;

дотримуватись державних санітарних норм і правил з організації роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I – IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами, затверджених МОЗ;

дотримуватись Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених МОЗ;

дотримуватись вимог якості, безпеки тестування, вилучення, зберігання та транспортування тканин та клітин, вилучених у донора-трупа, затверджених МОЗ.».

5. Пункт 13 викласти в такій редакції:

«13. У разі наміру:

зупинення дії ліцензії повністю, 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 повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, згідно з додатком 5 до цих Ліцензійних умов;

відновлення дії ліцензії повністю, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, згідно з додатком 6 до цих Ліцензійних умов та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю, а в разі якщо дія ліцензії зупинена повністю на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», – інформацію про сплату штрафу, передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.».

б. Пункт 14 викласти в такій редакції:

«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, або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень.

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.

Приміщення забезпечуються:

гарячим та холодним водопостачанням, каналізацією;

опаленням (централізованим та/або локальним, та/або індивідуальним);

системами вентиляції (припливно-витяжною або витяжною вентиляцією);

умовами для миття та антисептичної обробки рук персоналу;

засобами передстерилізаційного очищення та стерилізації медичних виробів, а також облаштовані і оздоблені матеріалами, стійкими до дезінфекційних засобів.».

7. У додатках до Ліцензійних умов:

1) Додатки 1 – 4 викласти в такій редакції:

«Додаток 1
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про отримання ліцензії на провадження
господарської діяльності банків пуповинної крові,
інших тканин і клітин людини

Здобувач ліцензії

(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

(місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи — підприємця)

(місце (міся) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини)*

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

_____ 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)

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

e-mail: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини.

« ____ » _____ 20__ р.

(підпис здобувача ліцензії, або
іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

« ____ » _____ 20__ року

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини.;

Додаток 2
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

ВІДОМОСТІ
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

(найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)

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)

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>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)</p> | <p>Перелік тканин і клітин людини, з якими дозволена діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, затверджений МОЗ (необхідне відмітити)</p> |
|--|--|
| | <p><input type="checkbox"/> Пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> Пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> Плацента та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> Гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові;</p> <p><input type="checkbox"/> Сполучна тканина та виділені з неї клітини;</p> |

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Тканина яєчника/яєчка; <input type="checkbox"/> Матеріал ембріофетального 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 <hr/> (необхідно зазначити) |
|--|---|

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"/> |
| 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. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я для маломобільних груп населення

| | | | |
|------------------|---|---|--|
| Порядковий номер | Прізвище, ініціали (ініціал власного імені) фахівця, який видав документ, 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 або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень (зазначається найменування установи, код ЄДРПОУ, прізвище, ініціали (ініціал власного імені) осіб, які підписали цей документ) | Адреса, на яку видано документ, 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 | Дата та номер 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 |
|------------------|---|---|--|

5. 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 _____

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

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

| | | | | | |
|--|-----------------------|---------|--|--|--|
| | вимірювальної техніки | техніки | | | |
|--|-----------------------|---------|--|--|--|

7. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників

| Порядковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | 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 |
|------------------|---|---------------------------|---|--|--|---|
|------------------|---|---------------------------|---|--|--|---|

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

| Порядковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | 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) |
|------------------|---|----------------|---|------------------------------------|--|
|------------------|---|----------------|---|------------------------------------|--|

9. 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 (за наявності) | 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».

«___» _____ 20__ року
(дата)

(підпис ліцензіата,
здобувача ліцензії,
спадкоємця або іншої
уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

М.П. (за наявності)

;

Додаток 3
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

ОПИС

документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії
на провадження господарської діяльності банків
пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Від _____
(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

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

_____ 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)

Дата і номер реєстрації заяви «____» _____ 20__ р. № _____

| Порядковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |
|------------------|------------------------|-------------------------------|
|------------------|------------------------|-------------------------------|

Прийняв _____ документів _____
(кількість документів) (підпис відповідальної особи) (власне ім'я та прізвище)

«____» _____ 20__ року
(дата)

_____ (підпис здобувача ліцензії або іншої уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

«____» _____ 20__ р.;

Додаток 4
до Ліцензійних умов (в редакції
постанови Кабінету Міністрів України
від _____ 20____ р. № _____)

_____ (найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Спадкоємець _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

_____ (місце реєстрації фізичної особи - підприємця)

_____ (місце (міся) провадження господарської діяльності з медичної практики)

_____ (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)

Прощу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини _____

_____ (зазначається дата та номер рішення про видачу

_____ ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю:

| Порядковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів у документі |
|------------------|------------------------|-------------------------------|
|------------------|------------------------|-------------------------------|

«___» _____ 20__ р.

_____ (підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

«___» _____ 20__ р. № _____

_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)

_____ (власне ім'я та прізвище)

»;

2) доповнити Ліцензійні умови додатками 5 та 6 такого змісту:

«Додаток 5
до Ліцензійних умов

_____ (найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА**про зупинення дії ліцензії повністю 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 вебсайту (за наявності) | _____ |
| Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | _____ |
| Форма власності юридичної особи | _____ |

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

_____,
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

терміном до « ____ » _____ 20 _____ року, у зв'язку з _____

(обов'язково вказується причина зупинення ліцензії повністю)

Я усвідомлений про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення дії ліцензії повністю становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішення органу ліцензування про зупинення дії ліцензії повністю.

Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюсь повідомити орган ліцензування у спосіб передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

«___» _____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або іншої
уповноваженої особи)

(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)

;

Додаток 6 до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про відновлення дії ліцензії повністю 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 вебсайту (за наявності) | _____ |

| | |
|---|-------|
| Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | _____ |
| Форма власності юридичної особи | _____ |

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

_____ ,
 (зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)
 з « ____ » _____ 20 ____ року, у зв'язку з _____

_____ (обов'язково вказується причина відновлення ліцензії повністю)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю:

1. _____ додається на ____ аркушах;
2. _____ додається на ____ аркушах.

(зазначається найменування документа дата та його номер)

« ____ » _____ 20 ____ р.

 (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

 (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)

».
