

ЗАТВЕРДЖЕНО  
постановою Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 2023 р. № \_\_\_\_\_

ЗМІНИ,  
що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з  
медичної практики

1. У пункті 6:

1) в абзаці першому слова «Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності)» виключити;

2) в абзаці четвертому після слів «подається у двох примірниках» доповнити словами «у разі подання документів у паперовій формі».

2. Пункт 7 викласти в такій редакції:

«7. У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії, визначених частиною сьомою статті 15 Закону, фізична особа-підприємець, яка є спадкоємцем 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.

До заяви про переоформлення ліцензії додаються:

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

документ, визначений абзацом першим пунктом 6 цих Ліцензійних умов, з метою встановлення відповідності спадкоємця вимогам цих Ліцензійних умов.»

3. Ліцензійні умови доповнити новими пунктами такого змісту:

«7<sup>1</sup>. 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.

7<sup>2</sup>. 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, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня 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, додається оригінал документа або засвідчена копія, що підтверджує його повноваження.».

4. Пункт 21 виключити.

5. Пункт 23 викласти в такій редакції:

«23. 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 з медичної практики, 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 з медичної практики, 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.».

6. Ліцензійні умови доповнити новим пунктом такого змісту:

«37. Ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження господарської діяльності з медичної практики повинен забезпечити необхідними умовами для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень 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.».

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 з медичної  
практики

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 (місця) провадження медичної практики)\*

\_\_\_\_\_  
(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 з медичної  
практики.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис здобувача ліцензії, або  
іншої уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка  
прийняла заяву)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)



		реабілітаційна допомога)							
--	--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

(зазначаються найменування та вид закладу охорони здоров'я (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться медична практика, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я\*:

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я:

(статут (положення) закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)

структура закладу охорони здоров'я (у довільній формі)

5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:

(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)

### Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики

6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення\*\*

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) 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, власне ім'я, по батькові (за наявності) 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 (область, місто, вулиця (провулок, бульвар, проспект, інше) номер будинку, номер корпусу (за наявності))	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

7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_ кв. метрів.

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

Порядковий номер	Найменування засобів вимірювальної техніки	Дата останньої повірки		Реквізити документа про повірку
		місяць	рік	

#### Кадрові вимоги

9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за

						наявності )
--	--	--	--	--	--	----------------

10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія) (за наявності)

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи - підприємця)

Прізвище, власне 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)
		число	місяць	рік		

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

узначенні, 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\_\_ р.

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

 \_\_\_\_\_  
 (власне ім'я та прізвище)

 \_\_\_\_\_  
 \* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою - підприємцем.

\*\* У разі наявності за однією адресою декілька корпусів, то відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначається за кожним корпусом окремо.;

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 з медичної практики

 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

 \_\_\_\_\_  
 (кількість документів цифрами і  
 словами)

 \_\_\_\_\_  
 (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 з медичної практики**

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)

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_

(зазначається дата та номер рішення про видачу

\_\_\_\_\_  
 ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю:

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

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.

Даю згоду на обробку персональних даних з метою забезпечення виконання вимог Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

\_\_\_\_\_ 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 (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

## ЗАЯВА

про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської  
діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_

(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи -  
підприємця)\_\_\_\_\_  
(місцезнаходження юридичної особи/місце реєстрації фізичної особи - підприємця)\_\_\_\_\_  
(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) \*\_\_\_\_\_  
(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 зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з  
медичної практики\_\_\_\_\_  
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

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

\_\_\_\_\_  
(обов'язково вказується причина зупинення дії 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)  
МП (за наявності)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка  
прийняла заяву)

\_\_\_\_\_  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.;

Додаток 6  
до Ліцензійних умов (в редакції  
постанови Кабінету Міністрів України  
від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_)

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

### ЗАЯВА

про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

Ліцензіат \_\_\_\_\_

(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 з медичної практики) \*

\_\_\_\_\_  
(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 відновити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності з медичної практики

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

з «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р., у зв'язку з

\_\_\_\_\_ (обов'язково вказується підстава відновлення дії 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	_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)	_____ (власне ім'я та прізвище)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.».

\_\_\_\_\_