**Перечень необходимых документов для получения лицензии на медицинскую практику:**

                                                           *Документы для ФЛП:*

1. Паспортные данные ФЛП;

2. Ксерокопия действующей лицензии, если была раньше;

3. Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц и физических лиц-предпринимателей или Свидетельство о государственной регистрации;

4. Акт санитарно-эпидемиологического обследования объекта Государственной службы по вопросам безопасности пищевых продуктов и защиты потребителей;

5. Квалификационные документы врача и при наличии младшего медицинского персонала: (диплом, сертификат или удостоверение, трудовая книжка, приказы при наличии наемных работников);

6. Договор аренды или свидетельство о праве собственности на помещение, в котором будет осуществляться медицинская практика.

*Заявление на выдачу лицензии и Ведомость о состоянии материально-технической базы субъекта хозяйствования, наличие персонала с указанием его образовательного и квалификационного уровня мы Вам подготовим самостоятельно.*

*Документы для юридического лица:*

1.Квалификационные документы на главного врача;

2.Ксерокопию первой страницы устава (положения) организации (учреждения, заведения);

3.Ксерокопия действующей лицензии, если была раньше;

 4. Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц и физических лиц-предпринимателей или Свидетельство о государственной регистрации;

5. Акт санитарно-эпидемиологического обследования объекта Государственной службы по вопросам безопасности пищевых продуктов и защиты потребителей;

6. Договор аренды или свидетельство о праве собственности на помещение, в котором будет осуществляться медицинская практика;

7. Заполненный черновой вариант сведений о состоянии материально-технической базы, необходимой для осуществления соответствующего вида хозяйственной деятельности, наличие персонала с указанием его образовательного и квалификационного уровня.

**Додаток 2**

до Ліцензійних умов

ВІДОМОСТІ

про стан матеріально-технічної бази суб’єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування юридичної особи/прізвище, ім’я, по батькові фізичної особи — підприємця)

Організаційні вимоги

1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:

лікарські спеціальності: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Інформація про види медичної допомоги (первинна медична допомога, екстрена медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога, медична реабілітація), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | Вид медичної допомоги | Лікарські спеціальності та спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою | Методи, що застосовуються у медичній практиці (так/ні) |
| методи профілактики | методи діагностики | методи лікування | методи реабілітації | хірургічні втручання | методи знеболення |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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, ім’я, по батькові фізичної особи — підприємця)

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

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров’я:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(статут (положення) про заклад охорони здоров’я та відокремлені структурні підрозділи (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров’я та відокремлені структурні підрозділи (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)

6. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об’єкта:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, номер, ким виданий)

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

7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров’я, кабінету(ів) 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 метрологічній повірці

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Порядковий номер  | Найменування засобів вимірювальної техніки | Дата останньої повірки | Реквізити документа про метрологічну 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, ім’я,по батькові | Посада(у тому числі 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, ім’я,по батькові | Посада(у тому числі 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, 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) |
| число | місяць | рік |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до цих відомостей, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис заявника)МП (за наявності) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ініціали\*\*) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Пункт 4 фізична особа — підприємець не заповнює.

\*\* Підписує здобувач ліцензії або інша уповноважена на це особа.