

## КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

## ПОСТАНОВА

**від 2 липня 2025 р. N 781**

**Київ**

## Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики

Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Внести до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. N 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., N 30, ст. 1184; 2023 р., N 2, ст. 138, N 19, ст. 1080, N 92, ст. 5353; 2024 р., N 11, ст. 687, N 24, ст. 1553, N 46, ст. 2862), зміни, що додаються.

2. Установити, що:

суб'єкти господарювання, які отримали ліцензію до набрання чинності цією постановою, зобов'язані не пізніше ніж протягом одного року з дня опублікування цієї постанови подати до органу ліцензування документ, визначений в додатку 2 до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. N 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., N 30, ст. 1184), з урахуванням змін, внесених цією постановою;

суб'єкти господарювання, місце провадження господарської діяльності яких розташоване на територіях можливих бойових дій, активних бойових дій або активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, які включені до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Міністерством розвитку громад та територій, зобов'язані не пізніше ніж протягом одного року з дати припинення можливих бойових дій або завершення бойових дій на зазначених територіях, подати до органу ліцензування відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, які визначені пунктом 7 додатка 2 до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. N 285 (Офіційний вісник України, 2016 р., N 30, ст. 1184), з урахуванням змін, внесених цією постановою.

3. Ця постанова набирає чинності через шість місяців з дня її опублікування.

|  |  |
| --- | --- |
| **Прем'єр-міністр України** | **Д. ШМИГАЛЬ** |

Інд. 26

ЗАТВЕРДЖЕНО  
постановою Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781

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

1. В абзаці четвертому пункту 6 слова "у паперовій формі" замінити словами "шляхом особистого звернення та підписується здобувачем ліцензії або уповноваженою ним особою".

2. В абзаці першому пункту 7 слова "одного місяця" замінити словами і цифрами "30 календарних днів".

3. Пункт 71 викласти в такій редакції:

"71. 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, які 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 мати торговельні відносини з резидентами таких держав.".

4. Абзац перший пункту 72 після слів "або іншою уповноваженою на це особою" доповнити словами "власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги".

5. Абзац другий пункту 9 викласти в такій редакції:

"за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичними спеціальностями згідно з додатком 7 у порядку, передбаченому цими Ліцензійними умовами;".

6. Доповнити Ліцензійні умови пунктами 91 і 121 такого змісту:

"91. Не допускається провадження медичної практики в багатоквартирних будинках з метою надання пацієнтам замісної підтримувальної терапії з використанням наркотичних засобів, зокрема фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю "наркологія".";

"121. Медична допомога населенню може надаватися виїзними (мобільними) мультидисциплінарними командами (бригадами) у порядку, визначеному МОЗ.

Реабілітаційна допомога може надаватися мультидисциплінарними реабілітаційними командами в мобільному режимі відповідно до статті 18 Закону України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я".".

7. У пункті 13:

1) підпункт 6 викласти в такій редакції:

"6) забезпечити доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;";

2) у підпункті 10 слова "Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (нарочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін" замінити словами "Повідомлення про зміни даних подається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (шляхом особистого звернення, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін";

3) підпункт 11 викласти в такій редакції:

"11) вести форми звітності у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей та подавати їх до розпорядників адміністративних даних у строки, встановлені МОЗ;";

4) у підпункті 13 слово "методології" виключити;

5) підпункти 25 і 26 викласти в такій редакції:

"25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, вимог до управління медичними відходами відповідно до Державних санітарних норм та правил "Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпечності для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів", затверджених наказом МОЗ від 31 жовтня 2024 р. N 1827, здійснювати заходи з профілактики інфекційних хвороб, пов'язані з наданням медичної допомоги;

26) забезпечити наявність запасу засобів індивідуального захисту, які відповідають вимогам технічних регламентів, та проводити навчання працівників щодо використання засобів індивідуального захисту на робочих місцях;";

6) підпункт 28 після слів "найманих працівників" доповнити словами "та працівників, які підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам", а після слів і цифр "(Офіційний вісник України, 2001 р., N 21, ст. 950)" - словами ", Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ,".

8. Пункт 14 викласти в такій редакції:

"14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.".

9. У пункті 151:

1) абзац другий викласти в такій редакції:

"затвердити індивідуальний реабілітаційний план у разі надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою;";

2) після абзацу другого доповнити пункт новим абзацом такого змісту:

"надавати реабілітаційну допомогу відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, або відповідно до мети, зазначеної у програмі терапії, відповідно до частини першої статті 10 Закону України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я";".

У зв'язку з цим абзаци третій - сьомий вважати відповідно абзацами четвертим - восьмим.

10. Доповнити Ліцензійні умови пунктом 153 такого змісту:

"153. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає медичну допомогу пацієнтам з психіатричними захворюваннями в стаціонарних умовах, повинен:

забезпечити вільний доступ пацієнтів до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;

дотримуватися правил застосування фізичного обмеження та/або ізоляції під час надання психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади.".

11. У пункті 16 слова "їх атестацію/акредитацію," виключити.

12. Пункт 18 викласти в такій редакції:

"18. Забезпечення надання медичної допомоги працівникам юридичних осіб незалежно від організаційно-правової форми та здобувачам освіти (вихованцям, учням, студентам) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом:

укладення такими юридичними особами та відповідними закладами освіти договору із закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, які отримали ліцензію та створили в таких юридичних особах та закладах освіти умови для медичного обслуговування осіб, які визначені в абзаці першому цього пункту; або

отримання такими юридичними особами та відповідними закладами освіти ліцензії та утворення медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.".

13. В абзацах другому - четвертому пункту 23 слово "повністю" замінити словами "повністю або частково".

14. Доповнити Ліцензійні умови пунктом 231 такого змісту:

"231. У разі наміру:

провадження господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 7 та за новими видами надання медичної допомоги та реабілітаційної допомоги, які наведені в абзаці третьому пункту 9 цих Ліцензійних умов, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону, до органу ліцензування заяву про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики за формою згідно з додатком 8 та документи, перелік яких передбачений пунктом 6 цих Ліцензійних умов;

припинення провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону, до органу ліцензування заяву про припинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики згідно з додатком 9.".

15. Пункт 37 після слова "Ліцензіат" доповнити словами ", крім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі,", а після слів "для вільного доступу" - словами "осіб з інвалідністю та інших".

16. У додатках до Ліцензійних умов:

1) додатки 1 - 6 викласти в такій редакції:

"Додаток 1  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781)

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

**ЗАЯВА**  
**про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Здобувач ліцензії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місцезнаходження юридичної особи / адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування)  фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для юридичних осіб - ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта  громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера  облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку  в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)  Відомості про місця провадження господарської діяльності: | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації | |
| Номер телефону здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної пошти здобувача ліцензії: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. | | | | | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) |
|  | | М. П. (за наявності) | | |  |
| Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) |

Додаток 2  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781)

**ВІДОМОСТІ**  
**про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(повне найменування юридичної особи / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

**Загальна інформація**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:  лікарські: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  молодші спеціалісти з медичною освітою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фахівці з реабілітації: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фармацевтичні\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Режим роботи здобувача ліцензії або ліцензіата | | | | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | | Режим роботи (зазначається день тижня, година початку та закінчення роботи та/або цілодобово) | | | | |
| 3. Інформація про види медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики | | | | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | | | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації | | |
| 4. Інформація про наявність вивіски на вході до приміщення за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи - підприємця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, торговельна марка здобувача ліцензії  або ліцензіата (за наявності)  5. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу\*\*: реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу  (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я,  реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням\*\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням) | | | | | | | | |
| Інформація про приміщення: | | | | |  | | |  |
| нежитлове приміщення | | | | | так | | | ні |
| окреме приміщення | | | | | так | | | ні |
| приміщення в нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу | | | | | так | | | ні |
| ізольоване (має окремий вхід) | | | | | так | | | ні |
| вбудоване (прибудоване) | | | | | так | | | ні |
| 7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення\*\*\*\* | | | | | | | | |
| Порядковий номер | Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який підписав зазначений документ) | Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення (область, місто, вулиця, провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності) | | | | | Дата видачі та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення | |
| 8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами (необхідне позначити):  так  ні  9. Реквізити договору про оброблення медичних відходів: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата укладення, номер договору, з ким укладено та на який період) | | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. Перелік приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи - підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)\*\*\* | | | | | |
| Порядковий номер | Найменування відокремленого структурного підрозділу | Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, 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 | | | | | |

**Кадрове забезпечення**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу) та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Порядковий номер | | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | | | Посада, на яку буде зараховано | | | | | Основна робота або робота за сумісництвом | | | | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | | | Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) | | |
| 12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Порядковий номер | | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | | | Посада, на яку буде зараховано | | | | | Основна робота або робота за сумісництвом | | | | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | | | Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано) | | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) | | |
| 13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Порядковий номер | | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | | | Посада, на яку буде зараховано | | | | | Основна робота або робота за сумісництвом | | | | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | | | Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано) | | Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) | | |
| 14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Поряд- ковий номер | Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) | | | Посада, на яку буде зарахо- вано | | | | Основна робота або робота за суміс- ництвом | | | | Диплом (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | | | Сертифікат спеціаліста (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким виданий) | | | Посвідчення про присвоєння (підтверд- ження) кваліфі- каційної категорії (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності) | | | Сертифікат щодо проход- ження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невід- кладних станах |
| 15. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу та фізичної особи - підприємця відповідно до запису в трудовій книжці (у разі наявності) або відомостей про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування 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 видачі та номер) | |
| число | | | місяць | | рік | |
| Відсутність здійснення контролю за діяльністю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування здобувача ліцензії або ліцензіата) у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про захист економічної конкуренції", та/або торговельними відносинами з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про оборону України", підтверджую.  Я як здобувач ліцензії (ліцензіат) поінформований, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на \_\_\_\_\_\_ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або припинення її дії відповідно до статей 13 і 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності". | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця або їх уповноваженої особи) | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.  \*\* Пункт 5 не заповнюється фізичною особою - підприємцем.  \*\*\* У разі коли провадження господарської діяльності з медичної практики здійснюється за кількома адресами, інформація зазначається за кожною адресою окремо.  \*\*\*\* У разі коли за однією адресою розташовані кілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Додаток 3  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781)

**ОПИС**  
**документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фізичної особи - підприємця, для юридичних осіб - ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ,  для фізичних осіб - підприємців - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта  громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової  картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті)  Дата і номер реєстрації заяви: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Порядковий номер | Найменування документа | | | Кількість аркушів у документі |
| Прийняв | |  |  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кількість документів (цифрами і словами) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис відповідальної особи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | |  |  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | |

Додаток 4  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781)

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

**ЗАЯВА**  
**про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, спадкоємець \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина  України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера  облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку  в паспорті), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону) прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)  Номер телефону спадкоємця: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної пошти спадкоємця: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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. | | | | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис спадкоємця або уповноваженої особи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | |
| Дата і номер реєстрації заяви | |  |  | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | |

Додаток 5  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781)

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

**ЗАЯВА**  
**про зупинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ліцензіат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місцезнаходження юридичної особи / адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування)  фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для юридичних осіб - ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта  громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової  картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті),  номер абонента кінцевого (термінального) обладнання, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)  Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  (дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю або частково)  повністю:  так  ні  частково:  так  ні | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації |
| строком до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. у зв'язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (причина зупинення повністю або частково дії ліцензії)  Я поінформований про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності" зупинення повністю або частково дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю або частково дії ліцензії.  Про відновлення повністю або частково дії ліцензії зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності". | | | | | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис ліцензіата або уповноваженої особи | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | |
| М. П. (за наявності) | |  | |  | |
| Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | |

Додаток 6  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 2 липня 2025 р. N 781)

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

**ЗАЯВА**  
**про відновлення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ліцензіат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місцезнаходження юридичної особи / адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування)  фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для юридичних осіб - ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта  громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової  картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті),  номер абонента кінцевого (термінального) обладнання, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)  Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  (дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю або частково)  повністю:  так  ні  частково:  так  ні | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації | |
| з \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. у зв'язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (підстава відновлення повністю або частково дії ліцензії)  Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю або частково дії ліцензії:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ додається, на \_\_\_\_\_ аркушах;  (найменування документа дата та його номер)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ додається, на \_\_\_\_\_ аркушах.  (найменування документа дата та його номер) | | | | | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) |
| М. П. (за наявності) | |  | | |  |
| Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)"; |

2) доповнити Ліцензійні умови додатками 7 - 9 такого змісту:

"Додаток 7  
до Ліцензійних умов

### ПЕРЕЛІК лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації та фармацевтичних спеціальностей, за якими надається медична допомога (первинна, екстрена, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційна допомога

|  |  |
| --- | --- |
| Назва спеціальності | Вид надання медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги |
| I. Лікарські спеціальності | |
| Авіаційна та космічна медицина | спеціалізована |
| Акушерство і гінекологія | спеціалізована |
| Алергологія | спеціалізована |
| Анестезіологія | спеціалізована, паліативна |
| Бактеріологія | спеціалізована |
| Вірусологія | спеціалізована |
| Гастроентерологія | спеціалізована |
| Гематологія | спеціалізована, паліативна |
| Генетика медична | спеціалізована |
| Геріатрія | спеціалізована, паліативна |
| Генетика лабораторна | спеціалізована |
| Дитяча алергологія | спеціалізована |
| Дитяча анестезіологія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча гастроентерологія | спеціалізована |
| Дитяча гематологія | спеціалізована |
| Дитяча гематологія-онкологія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча гінекологія | спеціалізована, паліативна |
| Дерматовенерологія | спеціалізована |
| Дитяча дерматовенерологія | спеціалізована |
| Дієтологія | спеціалізована |
| Дитяча ендокринологія | спеціалізована |
| Дитячі інфекційні хвороби | спеціалізована |
| Дитяча імунологія | спеціалізована |
| Дитяча кардіологія | спеціалізована |
| Дитяча кардіоревматологія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча неврологія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча нефрологія | спеціалізована |
| Дитяча нейрохірургія | спеціалізована |
| Дитяча онкологія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча ортопедія і травматологія | спеціалізована |
| Дитяча отоларингологія | спеціалізована |
| Дитяча офтальмологія | спеціалізована |
| Дитяча патологічна анатомія | спеціалізована |
| Дитяча психіатрія | спеціалізована, паліативна |
| Дитяча пульмонологія | спеціалізована |
| Дитяча ревматологія | спеціалізована |
| Дитяча стоматологія | спеціалізована |
| Дитяча урологія | спеціалізована |
| Дитяча фтизіатрія | спеціалізована |
| Дитяча хірургія | спеціалізована, паліативна |
| Ендокринологія | спеціалізована |
| Ендоскопія | спеціалізована |
| Епідеміологія | спеціалізована |
| Загальна практика - сімейна медицина | первинна, паліативна |
| Імунологія | спеціалізована |
| Інфекційні хвороби | спеціалізована |
| Клінічна імунологія | спеціалізована |
| Кардіологія | спеціалізована |
| Комбустіологія | спеціалізована |
| Клінічна лабораторна діагностика | спеціалізована |
| Клінічна біохімія | спеціалізована |
| Лабораторна імунологія | спеціалізована |
| Лікувальна фізкультура і спортивна медицина | спеціалізована |
| Лікувальна фізкультура | спеціалізована |
| Мікробіологія і вірусологія | спеціалізована |
| Медична психологія | спеціалізована, реабілітаційна |
| Медицина невідкладних станів | екстрена, спеціалізована |
| Народна та нетрадиційна медицина | спеціалізована |
| Наркологія | спеціалізована |
| Неврологія | спеціалізована, паліативна |
| Нефрологія | спеціалізована |
| Нейрохірургія | спеціалізована |
| Неонатологія | спеціалізована, паліативна |
| Організація і управління охороною здоров'я | екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна, реабілітаційна |
| Онкологія | спеціалізована, паліативна |
| Ортопедія і травматологія | спеціалізована |
| Отоларингологія | спеціалізована |
| Онкоотоларингологія | спеціалізована |
| Офтальмологія | спеціалізована |
| Ортодонтія | спеціалізована |
| Ортопедична стоматологія | спеціалізована |
| Онкохірургія | спеціалізована |
| Паразитологія | спеціалізована |
| Пародонтологія | спеціалізована |
| Патологічна анатомія | спеціалізована |
| Педіатрія | первинна, спеціалізована, паліативна |
| Підліткова терапія | спеціалізована, паліативна |
| Променева терапія | спеціалізована |
| Проктологія | спеціалізована |
| Професійна патологія | спеціалізована |
| Психіатрія | спеціалізована, паліативна |
| Психотерапія | спеціалізована, паліативна |
| Психофізіологія | спеціалізована |
| Пульмонологія | спеціалізована |
| Радіологія | спеціалізована |
| Радіонуклідна діагностика | спеціалізована |
| Рентгенологія | спеціалізована |
| Ревматологія | спеціалізована |
| Рефлексотерапія | спеціалізована |
| Санологія | спеціалізована |
| Спортивна медицина | спеціалізована |
| Сексопатологія | спеціалізована |
| Стоматологія | спеціалізована |
| Суднова медицина | спеціалізована |
| Сурдологія | спеціалізована |
| Судинна хірургія | спеціалізована |
| Терапія | первинна, спеціалізована, паліативна |
| Терапевтична стоматологія | спеціалізована |
| Токсикологія | спеціалізована |
| Трансплантологія | спеціалізована |
| Трансфузіологія | спеціалізована |
| Торакальна хірургія | спеціалізована |
| Ультразвукова діагностика | спеціалізована |
| Урологія | спеціалізована |
| Фізіотерапія | спеціалізована |
| Фізична та реабілітаційна медицина | реабілітаційна |
| Фтизіатрія | спеціалізована, паліативна |
| Функціональна діагностика | спеціалізована |
| Хірургічна стоматологія | спеціалізована |
| Хірургія | спеціалізована, паліативна |
| Хірургія серця і магістральних судин | спеціалізована |
| Щелепно-лицева хірургія | спеціалізована |
| II. Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою | |
| Акушерська справа | первинна, спеціалізована, паліативна |
| Лабораторна справа (клініка) | первинна, спеціалізована, паліативна |
| Лабораторна справа (гігієна) | спеціалізована |
| Лабораторна справа (патологія) | спеціалізована |
| Лікувальна справа | первинна, спеціалізована, паліативна |
| Лікувальна справа (невідкладні стани) | екстрена, спеціалізована |
| Медична статистика | екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна, реабілітаційна |
| Медико-профілактична справа | спеціалізована |
| Рентгенологія | спеціалізована |
| Санологія | спеціалізована |
| Сестринська справа | первинна, спеціалізована, паліативна |
| Сестринська справа (операційна) | спеціалізована |
| Стоматологія | спеціалізована |
| Ортопедична стоматологія | спеціалізована |
| III. Фахівці з реабілітації | |
| Ерготерапія | реабілітаційна |
| Клінічна психологія | реабілітаційна, паліативна |
| Клінічне душпастирство | реабілітаційна, паліативна |
| Протезування-ортезування | реабілітаційна |
| Психотерапія | реабілітаційна |
| Терапія мови і мовлення | реабілітаційна |
| Фізична терапія | реабілітаційна |
| IV. Фармацевтичні спеціальності | |
| Фармація | первинна |
| Клінічна фармація | первинна |

Додаток 8  
до Ліцензійних умов

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

### ЗАЯВА про розширення провадження господарської діяльності з медичної практики

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ліцензіат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місцезнаходження юридичної особи / адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування)  фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для юридичних осіб - ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта  громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової  картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті),  номер абонента кінцевого (термінального) обладнання, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)  Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії) | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис ліцензіата або уповноваженої особи) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) |
| М. П. (за наявності) | |  | | |  |
| Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) |

Додаток 9  
до Ліцензійних умов

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування органу ліцензування) |

### ЗАЯВА про припинення повністю або частково дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ліцензіат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місцезнаходження юридичної особи / адреса задекларованого (зареєстрованого) місця проживання (перебування)  фізичної особи - підприємця, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для юридичних осіб - ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта  громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової  картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті),  номер абонента кінцевого (термінального) обладнання, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),  реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за наявності), номер паспорта  громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття  реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому  органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та номер телефону)  Номер телефону ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної пошти ліцензіата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  (дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)  повне:  так  ні  часткове:  так  ні | | | | | |
| Порядковий номер | Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики | | Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога | | Лікарські спеціальності (фармацевтичні), спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис ліцензіата або уповноваженої особи) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище) | |
| М. П. (за наявності) | |  | |  | |
| Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. N \_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис особи, яка прийняла заяву) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (власне ім'я та прізвище)". | |

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