ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ
до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проекту акта
3. Дія цих Ліцензійних умов поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Дія цих Ліцензійних умов не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи.	3. Дія цих Ліцензійних умов поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Дія цих Ліцензійних умов не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи, **гігієни дітей та підлітків, гігієни праці, гігієни харчування, дезінфекційної справи, загальної гігієни, комунальної гігієни, радіаційної гігієни, лабораторних досліджень хімічних факторів навколишнього середовища, лабораторних досліджень фізичних факторів навколишнього середовища.**
4. Терміни у цих Ліцензійних умовах вживаються у такому значенні: відокремлений структурний підрозділ - підрозділ закладу охорони здоров'я, який розташований поза його основним місцезнаходженням і провадить господарську діяльність з медичної практики; …… господарська діяльність з медичної практики (далі - медична практика) - вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони	4. Терміни у цих Ліцензійних умовах вживаються у такому значенні: відокремлений структурний підрозділ – підрозділ закладу охорони здоров'я**, реабілітаційного закладу,** який розташований поза його основним місцезнаходженням і провадить господарську діяльність з медичної практики; …… господарська діяльність з медичної практики (далі - медична практика) - вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони

здоров’я та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.	здоров’я, **реабілітаційними закладами** та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.
6. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених статтею 11 Закону, додаються за підписом здобувача ліцензії або уповноваженої ним особи відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2). У разі утворення юридичною особою кількох закладів охорони здоров’я відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня заповнюються суб’єктом господарювання для кожного закладу охорони здоров’я окремо. …….. Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.	6. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених статтею 11 Закону, додаються за підписом здобувача ліцензії або уповноваженої ним особи відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2). **У разі утворення суб’єктом господарювання кількох закладів охорони здоров’я, реабілітаційних закладів відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня заповнюються суб’єктом господарювання окремо для кожного закладу охорони здоров’я, реабілітаційного закладу.** ……. Опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів **шляхом особистого звернення**.
7^1. 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.	7^1. Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції») **та/або торгівельних відносин з резидентами** 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.

Відсутній	**9^1. Не допускається провадження медичної практики:** **у жилих приміщеннях;** **у нежилих приміщеннях, які знаходяться в багатоквартирних жилих будинках або комплексах з метою надання пацієнтам замісної підтримуючої терапії з використанням наркотичних засобів, а також фізичних осіб – підприємців, які провадять медичну практику за лікарською спеціальністю «наркологія».**
Відсутній	**12^1. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі виїзну (мобільну) мультидисциплінарну команду (бригаду) повинен:** **затвердити її склад та графік виїзду на місце надання медичної (реабілітаційної) допомоги (послуги);** **визначити контингент населення, якому буде надаватись медична (реабілітаційна) допомога (послуга);** **забезпечити необхідним медичним обладнання, витратними матеріалами та засобами індивідуального захисту;** **дотримуватись правил антисептичної оброки рук та медичного інструментарію;** **дотримуватись вимог положення про виїзну (мобільну) мультидисциплінарну команду (бригаду), яке затверджується керівником закладу.**
13. Ліцензіат зобов'язаний: ……. 6) забезпечити умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до приміщень; ……..	13. Ліцензіат зобов'язаний: ……. **6) забезпечити умови вільного доступу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;** ……

11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей та подавати статистичні звіти в установлені строки до органів державної статистики відповідно до статей 17 та 26 Закону України «Про офіційну статистику»;	**11) вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей, та подавати статистичні звіти у строки та відповідно до вимог, встановлених МОЗ;**
…….	…….
10) повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. 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. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися;	10) повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (**шляхом особистого звернення**, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися;
…….	……..
13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням ~~**методології**~~ доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);	13) надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів);
25) дотримуватися встановлених санітарних норм, зокрема щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, вивезення, знищення побутового сміття та медичних відходів;	**25) дотримуватися встановлених державних медико-санітарних правил, заходів з профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Медичні відходи збираються, сортуються за категоріями, обробляються та видаляються 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 МОЗ;
26) дотримуватися вимог Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642 (Офіційний вісник України, 1998 р., № 42, ст. 1552);	**26) забезпечити наявність і запас засобів індивідуального захисту, які відповідають Державним стандартам України та проводити навчання працівників щодо їх використання на робочих місцях;**
……	……
28) забезпечити організацію здійснення медичних оглядів найманих працівників відповідно до вимог, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» (Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950) та Порядком проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженим МОЗ;	28) забезпечити організацію здійснення медичних оглядів найманих працівників **та працівників певних категорій** відповідно до вимог, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» (Офіційний вісник України, 2001 р., № 21, ст. 950), **Порядком проведення попередніх, періодичних та позачергових психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин, затвердженим МОЗ** та Порядком проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженим МОЗ;

14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, ліцензіат повинен здійснювати на матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я, які надають відповідний вид медичної допомоги: в операційних блоках, які повинні бути ізольовані від усіх груп приміщень закладу охорони здоров'я і мати доступне сполучення з приміщеннями відділень анестезіології та реанімації, палатними відділеннями хірургічного профілю, приймальним відділенням; у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.	**14. Хірургічні втручання (планові та невідкладні), виконання яких потребує стаціонарних умов, здійснюються:** **в операційних блоках, які повинні бути ізольовані від усіх груп приміщень закладу охорони здоров'я і мати доступне сполучення з приміщеннями відділень анестезіології та реанімації, палатними відділеннями хірургічного профілю, приймальним відділенням;** **закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням.**
16. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі клініко-діагностичні лабораторії (біохімічні, імунологічні, вірусологічні, мікробіологічні, медико-генетичні, патогістологічні та інші), забезпечує ~~їх атестацію/акредитацію,~~ зовнішній та внутрішній контроль якості досліджень і вимірювань.	16. Суб'єкт господарювання, який має у своїй структурі клініко-діагностичні лабораторії (біохімічні, імунологічні, вірусологічні, мікробіологічні, медико-генетичні, патогістологічні та інші), забезпечує зовнішній та внутрішній контроль якості досліджень і вимірювань.
18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, вихованців (учнів, студентів) загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом: укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами договору з амбулаторно-поліклінічним закладом, що має ліцензію, згідно з яким відповідні послуги надаватимуться відокремленим	18. Забезпечення медичною допомогою працівників підприємств, установ, організацій, **працівників та здобувачів освіти (вихованців, учнів, студентів) закладів дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти**, здійснення передрейсових та післярейсових оглядів водіїв здійснюється шляхом: **укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами освіти договору з закладом**

структурним підрозділом амбулаторно-поліклінічного закладу; або відкриття на таких підприємствах, в установах, організаціях та закладах медичних кабінетів фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику на підставі ліцензії; або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.	**охорони здоров'я, що має ліцензію на медичну практику;** або відкриття на таких підприємствах, в установах, організаціях та закладах **освіти** медичних кабінетів фізичними особами - підприємцями, які провадять медичну практику на підставі ліцензії; або отримання такими підприємствами, установами, організаціями та закладами **освіти** ліцензії та відкриття на підставі їх розпорядчого документа медичного кабінету без утворення закладу охорони здоров'я, що діятиме відповідно до положення про такий кабінет.
23. У разі коли ліцензіат має намір: зупинити повністю дію ліцензії, але не більше ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення повністю дії ліцензії згідно з додатком 5; відновити повністю дію ліцензії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення повністю дії ліцензії згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю їх дії, а в разі, коли дія ліцензії зупинена 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.	23. У разі коли ліцензіат має намір: зупинити повністю **або частково** дію ліцензії, але не більше ніж на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про зупинення повністю **або частково** дії ліцензії згідно з додатком 5; відновити повністю **або частково** дію ліцензії, він подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про відновлення повністю **або частково** дії ліцензії згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю **або частково** їх дії, а в разі, коли дія ліцензії зупинена на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», - інформацію про сплату штрафу, передбаченого Кодексом

У разі зупинення повністю дії ліцензії до відновлення повністю її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю медичну практику.	України про адміністративні правопорушення. У разі зупинення повністю **або частково** дії ліцензії до відновлення повністю **або частково** її дії ліцензіат зобов'язаний зупинити повністю **або частково** медичну практику.
Відсутній	**23^1. У разі наміру:** **провадження господарської діяльності з медичної практики за новими спеціальностями згідно з додатком 9 та за новими видами надання медичної 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 7, 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 провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково згідно з додатком 8.**
28. Керівником закладу охорони здоров'я повинна призначатися особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам.	28. Керівником закладу охорони здоров'я**, реабілітаційного закладу** повинна призначатися особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам.
37. Ліцензіат за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних	37. Ліцензіат, **окрім центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі,** за кожним місцем (адресою) провадження медичної практики повинен

будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження.	забезпечити створення необхідних умов для вільного доступу **особам з інвалідністю та інших** маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм та правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення такого обстеження.
Відсутній	**Спеціальні вимоги** **Екстрена медична допомога** **39. Надавачами екстреної медичної допомоги в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі є центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги (лікарські, фельдшерські бригади, та бригади парамедиків), відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.** **Екстрена медична допомога надається за спеціальностями згідно з додатком 9.** **40. Ліцензіати, які надають екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі повинні бути укомплектовані спеціалізованими санітарними транспортами екстреної медичної допомоги, у кількості необхідній для забезпечення надання екстреної медичної допомоги на території обслуговування.** **41. Оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги, у тому числі, спеціалізованих**

	санітарних автомобілів екстреної медичної допомоги, повинно здійснюватися відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення, затвердженого МОЗ. **42. Ліцензіат зобов'язаний:** **забезпечити бригади екстреної медичної допомоги медичними виробами та лікарськими засобами відповідно до протоколів та стандартів, затверджених МОЗ;** **дотримуватись критеріїв розподілу звернень залежно від стану пацієнта стосовно надання екстреної медичної допомоги, нормативів прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події, установленими постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 р. № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» (Офіційний вісник України, 2021 р., № 1, ст. 212);** **дотримуватись Порядку дій працівників системи екстреної (швидкої) медичної допомоги на випадок надзвичайної ситуації, затвердженому МОЗ;** **укомплектувати бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідно до вимог передбачених Типовим положенням про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1114 (Офіційний вісник України, 2012 р., № 92, ст. 3737);** **надавати екстрену медичну допомогу пацієнтам та постраждалим на догоспітальному етапі та під час їх госпіталізації до профільних закладів охорони здоров'я;** **перевозити пацієнтів, які потребують обов'язкового медичного супроводу, до стаціонарних закладів охорони**

	здоров'я за розпорядженням диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; **приймати участь у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.** **Первинна медична допомога** **43. Надавачами первинної медичної допомоги можуть бути заклади охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності та фізичні особи - підприємці, які отримали ліцензію за відповідною спеціальністю (спеціальностями).** **Первинна медична допомога надається у порядку, затвердженому МОЗ, та за спеціальностями згідно з додатком 9.** **44. Надавач первинної медичної допомоги:** **здійснює медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням первинної медичної допомоги, відповідно до переліку медичних послуг, визначеного МОЗ;** **забезпечує дотримання виїзду до пацієнта за місцем його проживання (перебування) за необхідністю;** **для проведення профілактичних щеплень зобов'язаний організувати за місцем провадження діяльності пункт щеплення, відповідно до Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень, затвердженого МОЗ;** **організовує лабораторні та інструментальні діагностичні дослідження відповідно до Порядку надання**

	первинної медичної допомоги, затвердженого МОЗ, самостійно або залученими особами; **дотримується Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ** **Спеціалізована медична допомога** **45. Надавачами спеціалізованої медичної допомоги можуть бути заклади охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності та фізичні особи - підприємці, які отримали ліцензію за відповідною спеціальністю (спеціальностями).** **Спеціалізована медична допомога надається за спеціальностями згідно з додатком 9 та у порядку затвердженому МОЗ.** **46. Спеціалізована медична допомога надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейна медицина») і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних станів (під час вагітності та пологів), в тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності.** **Надавач спеціалізованої медичної допомоги, який не відноситься до системи екстреної медичної допомоги в значенні Закону України «Про екстрену медичну допомогу», може мати у своєму складі відділення (підрозділ) для надання невідкладної медичної допомоги та**

	спеціалізовані санітарні транспортні засоби відповідного типу. **47. Ліцензіат, який має у своєму складі стаціонарні відділення з цілодобовим режимом роботи, в тому числі відділення інтенсивної терапії, психіатричні відділення, зобов'язаний забезпечити допуск відвідувачів до пацієнтів, які перебувають у таких відділеннях згідно з графіком затвердженим керівником закладу охорони здоров'я.** **48. Ліцензіат, який є закладом охорони здоров'я, що надає психіатричну допомогу в стаціонарних умовах, повинен:** **забезпечити для пацієнтів, вільним доступом до приміщень та палат з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. Заборонено встановлювати грати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах;** **дотримуватись правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади;** **дотримуватись Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженому МОЗ.** **Паліативна допомога** **49. Надавачами паліативної допомоги можуть бути заклади охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності та фізичні особи – підприємці, які отримали ліцензію за відповідною спеціальністю (спеціальностями).**

	Паліативна медична допомога надається за спеціальностями згідно з додатком 9; **50. Спеціалізована паліативна допомога в стаціонарних умовах або за місцем перебування пацієнт, який потребує паліативної допомоги, надається мультидисциплінарною командою закладу охорони здоров'я, який надає спеціалізовану медичну допомогу.** **51. Фізичними особами – підприємцями може надаватись загальна паліативна допомога в амбулаторних умовах за місцем провадження господарської діяльності з медичної практики та/або за місцем перебування (проживання) пацієнта, який потребує паліативної допомоги.** **52. Ліцензіати, які надають паліативну допомогу зобов'язані дотримуватись Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого МОЗ.** **Реабілітаційна допомога** **53. Надавачами реабілітаційної допомоги можуть бути юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, які є або створили заклад охорони здоров'я, реабілітаційний заклад та фізичні особи - підприємці, які отримали ліцензію за відповідною спеціальністю (спеціальностями).** **Реабілітаційна допомога надається за спеціальностями згідно з додатком 9.**

	54. Реабілітаційна допомога організовується та надається відповідно до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» (Офіційний вісник України, 2021 р., № 97, ст. 6315). **55. Оснащення стаціонарного та/або амбулаторного відділення післягострої та довготривалої реабілітації закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, приміщень (кабінетів) фізичної особи - підприємця, медичним та реабілітаційним обладнанням, допоміжними засобами реабілітації для тривалого використання, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою, транспортними засобами здійснюється відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення, затвердженого МОЗ.** **56. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда надає реабілітаційну допомогу в стаціонарних або в амбулаторних умовах особам, які потребують реабілітації, у закладах охорони здоров'я, реабілітаційних закладах, протягом гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів у порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України.**
Додаток 1 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)	«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/інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

_____
(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)*

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

_____
реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття

_____
реєстраційного номера облікової картки платника податків, повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

_____
_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
номер телефону: _____

адреса електронної пошти: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Міністерство охорони здоров'я України
(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/інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

_____
(для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців

_____
реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця**

_____
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
номер телефону: _____

e-mail: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за:

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	**Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації**	**Адреса провадження господарської діяльності**

___ _____ 20__ р. _____ _____

(підпис здобувача ліцензії або його 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.

за видами надання медичної допомоги:

н/п	**Види медичної допомоги (необхідне відмітити)**	**Адреса провадження господарської діяльності**
1.	☐ **екстрена**	
2.	☐ **первинна**	
3.	☐ **спеціалізована**	
4.	☐ **паліативна**	
5.	☐ **реабілітаційна допомога**	

___ _____ 20__ р. _____ _____

(підпис здобувача ліцензії або його 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. № _____

;

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету
Міністрів України
від 27 грудня 2023 р. № 1393

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

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

Організаційні вимоги

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

лікарські: _____

молодших спеціалістів з медичною освітою:

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні: _____

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

Поряд-	Адреса	Вид	Лікарські	Методи, що застосовуються у медичній,

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

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)

Організаційні вимоги

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

молодших спеціалістів з медичною освітою: _____

фахівців з реабілітації: _____

фармацевтичні*: _____

2. Режим роботи суб'єкта господарювання

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Режим роботи (зазначається день тижня (цілодобово) з якої години початок та закінчення)

ковий номер	місця провадження господарської діяльності з медичної практики	медичної допомоги, реабілітаційна допомога	спеціальності і спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичні спеціальності	реабілітаційній 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:

_____

(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)

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

реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:

_____

_____

3. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична допомога, паліативна допомога, реабілітаційна допомога), 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. Вивіска на вході 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 торгівельна марка (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)

(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) _____

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

_____

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

6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для 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 маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність (зазначається найменування	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця провулок, бульвар, проспект тощо,	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення

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)

1) не житлове приміщення	так ☐	ні ☐
2) окреме приміщення	так ☐	ні ☐
3) знаходиться у нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу	так ☐	ні ☐
4) ізольоване (має окремий вхід)	так ☐	ні ☐
5) 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 маломобільних груп населення, в яких суб'єкт господарювання	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто,	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення

	установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ)	номер будинку, номер корпусу (за наявності)	

6[1]. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами (необхідне позначити):

так	☐
ні	☐

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

7. Перелік наявних 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 та режим роботи	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі

	провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ)	вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності)	

8. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами (необхідне позначити):

так	☐
ні	☐

9. Реквізити договору про утилізацію та знищення медичних відходів:

_____

(дата, номер договору, з ким укладено та на який термін)

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

10. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров’я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)

Порядков	Найменування відокремлен	Найменування приміщення (кабінету) із	Перелік оснащення (медичні	Технічний стан, рік випуску

		молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	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, реабілітаційного закладу), фармацевтів та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров’я

ий ер	ого структурного підрозділу приладів, інструментарію	зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень ________ кв. метрів.

Кадрові вимоги

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 (у тому числі 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)

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

Порядковий номер	Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявн	Посада (у тому числі посада, на яку буде зарахо вано)	Основна робота або робота за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданн	Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер,	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність,	Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань

Порядковий номер	Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі 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

	ості)			ий)	дата видачі, ким видано)	серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)	вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах

11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу 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 (за наявності)	Номер запису	Дата	Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням	Реквізити документа (назва, дата видачі та номер)

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

					причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	
		число	місяць	рік		

Відсутність здійснення контролю за діяльністю

_____

(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в 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 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)

_____

* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

** У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.

			вом	й)	дата видачі, ким видано)	номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)

14. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фармацевтичних працівників (фармацевтів, фармацевтів клінічних) аптечних закладів охорони здоров'я

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зарахована)	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, категорі	Сертифікат щодо проходження спеціальних щорічних навчань з питань вакцинації, правил органі зації і технік

						я) (за наявності)	и проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідкладних станах

15. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров’я, реабілітаційного закладу 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 (за наявності)	Номер запису	Дата	Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і	Реквізити документа (назва, дата видачі та номер)

					звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	
		число	місяць	рік		

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

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», **та/або торгівельних відносин з резидентами** держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в 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 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 за однією адресою розташовані декілька 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 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. №1393) _____ (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) _____ (інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця) _____ ~~(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)~~ _____ (реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті) прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики	Додаток 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20_____ р. № ____) Міністерство охорони здоров'я України (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) _____ (інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця) _____ (реєстраційний номер облікової картки платника податків, **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)** Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики _____ (дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється) Номер телефону: _____ e-mail: _____ за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

_____
(дата та номер рішення про видачу
_____
_____
ліцензії, яка переоформляється)

Номер телефону: _____ адреса електронної пошти: _____

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 його уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви: ___ _____
20__ р. № ___

_____
(власне ім'я та прізвище)

_____
(підпис особи, яка прийняла заяву)

н/п	**Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації**	**Адреса провадження господарської діяльності**

за видами надання медичної допомоги:

н/п	**Види медичної допомоги (необхідне відмітити)**	**Адреса провадження господарської діяльності**
1.	☐ **первинна**	
2.	☐ **спеціалізована**	
3.	☐ **паліативна**	
4.	☐ **реабілітаційна допомога**	

за місцем (місцями) провадження діяльності: _____

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 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)
Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. №1393) _____ (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/інформація про задекларване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця) _____ ~~(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) *~~ _____ (для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців — _____ реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, _____ ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття _____ реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)	Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ 20_____ р. № ____) Міністерство охорони здоров'я України (найменування органу ліцензування) ЗАЯВА про зупинення дії ліцензії повністю **або частково** 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/інформація про задекларване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця) _____ (для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців _____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця** _____ **(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)** _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи) номер телефону: _____

_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
номер телефону: _____
e-mail: _____

Прошу зупинити повністю дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)
строком до _____ _____ 20____ р. у зв'язку з
_____
(причина зупинення повністю дії ліцензії)

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

Про відновлення повністю дії ліцензії зобов'язуюсь повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

____ _____ _____ _____
20__ р. (підпис ліцензіата або його 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)

e-mail: _____

Прошу зупинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики
_____,
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю **або частково**)

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	**Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації**	**Адреса провадження господарської діяльності**

за видами надання медичної допомоги:

н/п	**Види медичної допомоги (необхідне відмітити)**	**Адреса провадження господарської діяльності**
1.	☐ **екстрена**	
2.	☐ **первинна**	
3.	☐ **спеціалізована**	
4.	☐ **паліативна**	
5.	☐ **реабілітаційна допомога**	

терміном до «___» _____ 20____ р., у зв'язку з
_____
(обов'язково вказується причина зупинення дії ліцензії повністю)

_____ ~~* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.~~	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
(в редакції постанови Кабінету
Міністрів України
від 27 грудня 2023 р.
№1393)

_____
(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/інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

_____
~~(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики) *~~

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

_____
реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,

_____
ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття

_____
реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)

_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
Номер телефону: _____ адреса електронної пошти: _____

Адреса електронної пошти: _____

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

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про відновлення дії ліцензії повністю **або частково** 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/інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

_____
(для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців

_____
реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця**

_____
(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
Номер телефону: _____
e-mail: _____

Прошу відновити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю **або частково**)

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим

Прошу відновити повністю дію ліцензії 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 _____
(підстава відновлення повністю дії ліцензії)

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

1. _____ додається на ___ арк.;
2. _____ додається на ___ арк.
(найменування документа, дата його видачі 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)

_____
~~* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності з медичної практики.~~

Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	**Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації**	**Адреса провадження господарської діяльності**

за видами надання медичної допомоги:

н/п	**Види медичної допомоги (необхідне відмітити)**	**Адреса провадження господарської діяльності**
1.	☐ **екстрена**	
2.	☐ **первинна**	
3.	☐ **спеціалізована**	
4.	☐ **паліативна**	
5.	☐ **реабілітаційна допомога**	

з «___» _____ 20____ р., у зв'язку з _____
(обов'язково вказується підстава відновлення дії ліцензії повністю або часто)

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

1. _____ додається на ___ аркушах;
2. _____ додається на ___ аркушах.
(найменування документа дата та його номер)

«___» _____ 20__ р. _____ _____
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої) (власне ім'я та прізвище)

	особи) МП (за наявності) Дата і номер реєстрації заяви «___» _____ 20__ р. № ____ _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище) .
Відсутній	Додаток 7 до Ліцензійних умов Міністерство охорони здоров'я України (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/інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця) _____ (для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців _____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця** _____ **(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)** _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи) Номер телефону: _____

e-mail: _____

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,
(дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	**Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації**	**Адреса провадження господарської діяльності**

за видами надання медичної допомоги:

н/п	**Види медичної допомоги (необхідне відмітити)**	**Адреса провадження господарської діяльності**
1.	☐ **екстрена**	
2.	☐ **первинна**	
3.	☐ **спеціалізована**	
4.	☐ **паліативна**	
5.	☐ **реабілітаційна допомога**	

«___» _____ 20__ р. _____ _____
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої) (власне ім'я та прізвище)

	особи) МП (за наявності) Дата і номер реєстрації заяви «___» _____ 20__ р. № ____ _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище) ;
Відсутній	Додаток 8 до Ліцензійних умов Міністерство охорони здоров'я України (найменування органу ліцензування) ЗАЯВА про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики повністю або частково Ліцензіат _____ (**повне** найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця) _____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задекларованe (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця) _____ (для юридичних осіб – **ідентифікаційний код**, для фізичних осіб – підприємців _____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), **серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця** _____ **(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)** _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи) Номер телефону: _____ e-mail: _____

Прошу припинити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

_____

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

за спеціальностями згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України:

н/п	**Перелік лікарських спеціальностей (фармацевтичних), молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації**	**Адреса провадження господарської діяльності**

за видами надання медичної допомоги:

н/п	**Види медичної допомоги (необхідне відмітити)**	**Адреса провадження господарської діяльності**
1.	☐ **екстрена**	
2.	☐ **первинна**	
3.	☐ **спеціалізована**	
4.	☐ **паліативна**	
5.	☐ **реабілітаційна допомога**	

«___» _____ 20__ р.

_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

	Дата і номер реєстрації заяви «__» ____ 20__ р. № _____ МП (за наявності) _____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)
Відсутній	Додаток 9 до Ліцензійних умов Перелік лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою та фахівцями з реабілітації, за яким надається екстрена, первинна спеціалізована, паліативна медична допомога та реабілітаційна допомога

п/н	Назва спеціальності	Вид надання медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога)
	І Лікарські спеціальності	
1.	Авіаційна та космічна медицина	Спеціалізована медична допомога
2.	Акушерство і гінекологія	Спеціалізована медична допомога
3.	Алергологія	Спеціалізована медична допомога
4.	Анестезіологія	Спеціалізована та паліативна медична допомога
5.	Бактеріологія	Спеціалізована медична

		допомога
6.	Вірусологія	Спеціалізована медична допомога
7.	Гастроентерологія	Спеціалізована медична допомога
8.	Гематологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
9.	Генетика медична	Спеціалізована медична допомога
10.	Геріатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
11.	Генетика лабораторна	Спеціалізована медична допомога
12.	Дитяча алергологія	Спеціалізована медична допомога
13.	Дитяча анестезіологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
14.	Дитяча гастроентерологія	Спеціалізована медична допомога
15.	Дитяча гематологія	Спеціалізована медична допомога
16.	Дитяча гематологія-онкологія	Спеціалізована, паліативна

		медична допомога
17.	Дитяча гінекологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
18.	Дерматовенерологія	Спеціалізована медична допомога
19.	Дитяча дерматовенерологія	Спеціалізована медична допомога
20.	Дієтологія	Спеціалізована медична допомога
21.	Дитяча ендокринологія	Спеціалізована медична допомога
22.	Дитячі інфекційні хвороби	Спеціалізована медична допомога
23.	Дитяча кардіоревматологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
24.	Дитяча імунологія	Спеціалізована медична допомога
25.	Дитяча неврологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
26.	Дитяча нефрологія	Спеціалізована медична допомога
27.	Дитяча нейрохірургія	Спеціалізована медична

		допомога
28.	Дитяча онкологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
29.	Дитяча ортопедія і травматологія	Спеціалізована медична допомога
30.	Дитяча отоларингологія	Спеціалізована медична допомога
31.	Дитяча офтальмологія	Спеціалізована медична допомога
32.	Дитяча патологічна анатомія	Спеціалізована медична допомога
33.	Дитяча психіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
34.	Дитяча пульмонологія	Спеціалізована медична допомога
35.	Дитяча стоматологія	Спеціалізована медична допомога
36.	Дитяча урологія	Спеціалізована медична допомога
37.	Дитяча фтизіатрія	Спеціалізована медична допомога
38.	Дитяча хірургія	Спеціалізована, паліативна

		медична допомога
39.	Ендокринологія	Спеціалізована медична допомога
40.	Ендоскопія	Спеціалізована медична допомога
41.	Епідеміологія	Спеціалізована медична допомога
42.	Загальна практика - сімейна медицина	Первинна, паліативна медична допомога
43.	Імунологія	Спеціалізована медична допомога
44.	Інфекційні хвороби	Спеціалізована медична допомога
45.	Клінічна імунологія	Спеціалізована медична допомога
46.	Кардіологія	Спеціалізована медична допомога
47.	Комбустіологія	Спеціалізована медична допомога
48.	Клінічна лабораторна діагностика	Спеціалізована медична допомога
49.	Клінічна біохімія	Спеціалізована медична

		допомога
50.	Лабораторна імунологія	Спеціалізована медична допомога
51.	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина	Спеціалізована медична допомога
52.	Лікувальна фізкультура	Спеціалізована медична допомога
53.	Мікробіологія і вірусологія	Спеціалізована медична допомога
54.	Медична психологія	Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога
55.	Медицина невідкладних станів	Екстрена та спеціалізована медична допомога
56.	Народна та нетрадиційна медицина	Спеціалізована медична допомога
57.	Наркологія	Спеціалізована медична допомога
58.	Неврологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
59.	Нефрологія	Спеціалізована медична допомога

60.	Нейрохірургія	Спеціалізована медична допомога
61.	Неонатологія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
62.	Організація і управління охороною здоров’я	Екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітаційна допомога
63.	Онкологія	Спеціалізована та паліативнна медична допомога
64.	Ортопедія і травматологія	Спеціалізована медична допомога
65.	Отоларингологія	Спеціалізована медична допомога
66.	Онкоотоларингологія	Спеціалізована медична допомога
67.	Офтальмологія	Спеціалізована медична допомога
68.	Ортодонтія	Спеціалізована медична допомога
69.	Ортопедична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
70.	Онкохірургія	Спеціалізована медична

		допомога
71.	Паразитологія	Спеціалізована медична допомога
72.	Патологічна анатомія	Спеціалізована медична допомога
73.	Педіатрія	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
74.	Підліткова терапія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
75.	Променева терапія	Спеціалізована медична допомога
76.	Проктологія	Спеціалізована медична допомога
77.	Професійна патологія	Спеціалізована медична допомога
78.	Психіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
79.	Психотерапія	Спеціалізована медична допомога, реабілітаційна допомога
80.	Психофізіологія	Спеціалізована медична допомога

	81.	Пульмонологія	Спеціалізована медична допомога
	82.	Радіологія	Спеціалізована медична допомога
	83.	Радіонуклідна діагностика	Спеціалізована медична допомога
	84.	Рентгенологія	Спеціалізована медична допомога
	85.	Ревматологія	Спеціалізована медична допомога
	86.	Рефлексотерапія	Спеціалізована медична допомога
	87.	Санологія	Спеціалізована медична допомога
	88.	Спортивна медицина	Спеціалізована медична допомога
	89.	Сексопатологія	Спеціалізована медична допомога
	90.	Стоматологія	Спеціалізована медична допомога
	91.	Суднова медицина	Спеціалізована медична допомога

92.	Сурдологія	Спеціалізована медична допомога
93.	Судинна хірургія	Спеціалізована медична допомога
94.	Терапія	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
95.	Терапевтична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
96.	Токсикологія	Спеціалізована медична допомога
97.	Трансплантологія	Спеціалізована медична допомога
98.	Трансфузіологія	Спеціалізована медична допомога
99.	Торакальна хірургія	Спеціалізована медична допомога
100.	Ультразвукова діагностика	Спеціалізована медична допомога
101.	Урологія	Спеціалізована медична допомога
102.	Фізіотерапія	Спеціалізована медична допомога

103.	Фізична та реабілітаційна медицина	Реабілітаційна допомога
104.	Фтизіатрія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
105.	Функціональна діагностика	Спеціалізована медична допомога
106.	Хірургічна стоматологія	Спеціалізована медична допомога
107.	Хірургія	Спеціалізована, паліативна медична допомога
108.	Хірургія серця і магістральних судин	Спеціалізована медична допомога
II Спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою		
109.		
110.	Акушерська справа	Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога
111.	Лабораторна справа (клініка)	Спеціалізована, первинна, паліативна медична допомога
112.	Лабораторна справа (гігієна)	Спеціалізована медична допомога
113.	Лабораторна справа (патологія)	Спеціалізована медична допомога

114.	Лікувальна справа	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
115.	Лікувальна справа (невідкладні стани)	Екстрена медична допомога
116.	Медична статистика	Спеціалізована, паліативна, екстрена, первинна медична допомога
117.	Медико-профілактична справа	Спеціалізована медична допомога
118.	Рентгенологія	Спеціалізована медична допомога
119.	Санологія	Спеціалізована медична допомога
120.	Сестринська справа	Спеціалізована, паліативна, первинна медична допомога
121.	Сестринська справа (операційна)	Спеціалізована медична допомога
122.	Стоматологія	Спеціалізована медична допомога
123.	Ортопедична стоматологія	Спеціалізована медична допомога
III Фахівці з реабілітації		

124.	Ерготерапія	Реабілітаційна допомога
125.	Клінічна психологія	Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога
126.	Клінічне душпастирство	Реабілітаційна допомога, паліативна медична допомога
127.	Протезування-ортезування	Реабілітаційна допомога
128.	Терапія мови і мовлення	Реабілітаційна допомога
129.	Фізична терапія	Реабілітаційна допомога
IV Фармацевтичні спеціальності		
130.	Фармація	Первинна медична допомога
131.	Клінічна фармація	Первинна медична допомога

Міністр охорони здоров'я України **Віктор ЛЯШКО**

«_____» _____ 2024 р.