Додаток 1

до Порядку

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від 17 січня 2025 р. № 42)

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

(найменування акредитаційної комісії)

ЗАЯВА

про проведення акредитації закладу охорони здоров’я

Заклад охорони здоров’я

Код згідно з ЄДРПОУ

Форма власності

Місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики

Номер телефону

Адреса електронної пошти

Прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) керівника закладу охорони здоров’я

Прошу провести акредитацію відповідно до Порядку акредитації закладу охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування документа | Кількість аркушів |
| 1. Копія положення\* (статуту)\*\* закладу |  |
| 2. Копія затвердженої структури закладу, засвідчена  керівником закладу\*\*\* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис керівника закладу) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (власне ім’я та прізвище керівника закладу) |

МП (за наявності)

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

\* У разі подання копії положення в електронній формі на документ накладається кваліфікований електронний підпис керівника закладу.

\*\* У разі подання копії статуту в електронній формі зазначається код доступу до веб-порталу електронних сервісів Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань.

\*\*\* У разі подання копії затвердженої структури закладу, засвідченої керівником закладу, в електронній формі структура закладу подається у форматі PDF.