



УКРАЇНА

ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ

вул. М. Грушевського, 1, м. Чернівці, 58700, тел. (0372) 55-29-66, факс 57-32-84,
E-mail: doncv@ukr.net Код ЄДРПОУ 39301337

№ _____ На № _____ Від _____

Керівникам органів управління у сфері освіти територіальних громад, закладів професійної (професійно-технічної), фахової передвищої освіти та закладів освіти обласного підпорядкування

Щодо ліцензування медичних кабінетів в умовах закладів освіти

Відповідно до статті 77 Закону України «Про освіту» організація медичного обслуговування в системі освіти забезпечується відповідно до джерел фінансування закладів освіти кожного рівня освіти, визначених законодавством, здійснюється закладами центрального органу виконавчої влади, що здійснює формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, та іншими закладами охорони здоров'я відповідно до законодавства.

Частиною другою статті 21 Закону України «Про загальну середню освіту» встановлено, що учні закладів освіти незалежно від підпорядкування, типу і форми власності забезпечуються медичним обслуговуванням, що здійснюється медичними працівниками, які входять до штату таких закладів освіти або відповідних закладів охорони здоров'я відповідно до порядку, затвердженого постановою КМУ від 20.01.2021 № 31.

Згідно статті 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» (далі - Закон про ліцензування) медична практика входить до переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню. Відповідно до статті 17 Основ законодавства України про охорону здоров'я, провадження господарської діяльності в сфері охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії.

Питання ліцензування медичних кабінетів закладів освіти врегульовано постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов діяльності господарської діяльності з медичної практики» (далі - Ліценз



ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ
ОДА
№ 03/10/179-в/18-06.03.2024
РЕП: САКРІСР О. Л. 06.03.2024 11:55
5E984D526F82F38F040000008815EB002B4BC804

передбачає: щоб забезпечити працівників і учнів медичною допомогою, заклад освіти може отримати ліцензію та відкрити на підставі наказу медичний кабінет без утворення закладу охорони здоров'я.

Пунктом 18 Ліцензійних умов передбачено, що забезпечення медичною допомогою, зокрема, вихованців (учнів, студентів) загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів, здійснюється шляхом:

- укладення такими підприємствами, установами, організаціями та закладами договору з амбулаторно-поліклінічним закладом, що має ліцензію, згідно з яким відповідні послуги надаватимуться, відокремленим 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.

Отже, якщо у вашому закладі є медичний кабінет, а у штаті медичні працівники, то ви маєте отримати ліцензію.

Крім цього, Ліцензійними умовами встановлені організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначений вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії ага провадження господарської діяльності з медичної практики.

Таким чином, заклади освіти мають можливість забезпечити безперервний доступ до медичного обслуговування учнів (вихованців) шляхом укладання договору з іншим суб'єктом господарювання, який має відповідну ліцензію або отримання ліцензії на заклад освіти, у разі наявності в штаті закладу медичного працівника.

Щодо порядку та переліку документів, які подаються для отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики слід зазначити:

порядок отримання ліцензії визначено у статтях 10-13 Закону про ліцензування.

згідно з приписами частини першої статті 9 Закону про ліцензування ліцензіат (суб'єкт господарювання, який має ліцензію на провадження встановленого законом виду господарської діяльності) зобов'язаний виконувати вимоги ліцензійних умов, а здобувач ліцензії для її одержання - відповідати ліцензійним умовам.

пунктами 5-6 Ліцензійних умов встановлено, що здобувач ліцензії для її отримання подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону про ліцензування, до органу ліцензування, заяву про отримання ліцензії за формою згідно з додатком 1. До заяви про отримання ліцензії, крім документів, передбачених, статтею 11 Закону про ліцензування, 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). Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності).

Крок 1. Отримайте Акт санітарно-епідеміологічного обстеження

Перед тим як подати документи на розгляд до органу ліцензування, маєте пройти санітарно-епідеміологічне обстеження на відповідність медичного кабінету вимогам санітарних норм і правил щодо здійснення медичної практики й отримати Акт санітарно-епідеміологічного обстеження (далі — Акт). Видає його територіальний орган Держпродспоживслужби або лабораторні центри МОЗ.

Щоб отримати Акт, зверніться до територіального органу Держпродспоживслужби та подайте заяву в довільній формі для проведення обстеження приміщення. У заяві обов'язково зазначте:

- предмет (обстеження приміщення та видача акта);
- назву приміщення;
- перелік медичних спеціальностей;
- адресу місця провадження медичної діяльності;
- мету здійснення медичної практики.

Вимоги до медичного кабінету:

— *площа не менше 16 м²; одна із сторін приміщення повинна бути не меншою ніж 5,8 м (для перевірки зору);*

— *інженерне оснащення: належно забезпечено теплопостачання, освітлення, водопостачання, вентиляція та каналізація;*

— *наявність спеціальної підготовки у медпрацівників.*

Відтак починайте формувати пакет документів.

Крок 2. Подайте документи

Щоб отримати ліцензію, подайте до органу ліцензування заяву, а також відомості про стан матеріально-технічної бази та наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня.

Як подати заяву до органу ліцензування — визначає частина перша статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 № 222-VIII. Форму заяви встановлюють Ліцензійні умови.

У заяві необхідно заповнити реквізити та дані закладу. Уважно та повністю заповнюйте всі пункти заяви. Можуть виникнути проблеми, якщо вкажете скорочене або неправильне найменування суб'єкта господарювання, неправильний код, адресу, не поставите підпис заявника тощо.

До заяви додайте:

відомості про стан матеріально-технічної бази закладу, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2 до Ліцензійних умов);

опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики (додаток 3 до Ліцензійних умов).

Не забудьте пронумерувати сторінки відомостей, прошити та засвідчити підписом і датою складання та додати опис документів, які потрібно подати.

В описі документів зазначайте лише ті документи, які подаєте до МОЗ.

Відповідно до частини першої статті 10 Закону про ліцензування,

документи можуть бути подані до органу ліцензування та отримані від цього органу ліцензування за вибором здобувача ліцензії, а саме:

- 1) очно відповідно до пункту 3 частини другої статті 6 Закону про ліцензування та у порядку, встановленому статтею 9 Закону України «Про адміністративні послуги»;
- 2) поштовим відправленням з описом вкладення;
- 3) в електронному вигляді в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Отже, документи на отримання ліцензії можуть бути подані за допомогою поштового відправлення з описом вкладення до МОЗ України (01601, м. Київ, вул. Грушевського, буд. 7) або через запроваджений МОЗ України Центр адміністративних послуг «Єдине вікно», що розташований у приміщенні Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: м. Київ, вул. Смоленська, буд. 10.

Крок 3. Сплатіть збір

Орган ліцензування зазвичай розглядає документи протягом 10 робочих днів, але враховуючи нинішню ситуацію, строки розгляду документів можуть бути довшими.

Відтак орган ліцензування публікує рішення на сайті МОЗ. Якщо рішення позитивне — маєте внести офіційний платіж в розмірі одного прожиткового мінімуму на момент отримання ліцензії (з 1 січня 2024 року — 2361 грн).

Пунктом 18 Ліцензійних умов із медичної практики зазначено, що медична допомога надається медичним кабінетом, який створюється на підставі розпорядчого документа та діє на підставі положення про нього. А статтею 36 Закону України «Про повну загальну середню освіту» визначено, що інформація про структурні підрозділи закладів загальної середньої освіти зазначається в установчих документах.

Отже, якщо заклади освіти мають намір отримати таку ліцензію, вони будуть вимушені внести зміни в установчі документи закладу.

Якщо вам відмовили видати ліцензію, потрібно звернутися до Управління ліцензування та якості медичної допомоги. Там отримаєте роз'яснення з питань ліцензування, акредитації та якості медичної допомоги.

Також надаємо для практичного використання постанову Кабінету Міністрів України від 27.12. 2023 № 1393 «Зміни що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» та примірний зразок договору про надання послуг (здійснення медичного обслуговування), якщо відсутній медичний працівник у закладі.

Додаток: на 14 арк.

Директор Департаменту

Оксана САКРІЄР

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України від 27
грудня 2023 р. № 1393

ЗМІНИ,

що вносяться до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з медичної практики

1. У пункті 6:

1) друге речення абзацу першого виключити;

2) абзац четвертий після слів “подається у двох примірниках” доповнити словами “у разі подання документів у паперовій формі”.

2. Пункт 7 викласти в такій редакції:

“7. У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії, визначених частиною сьомою статті 15 Закону, фізична особа —підприємець, яка є спадкоємцем ліцензіата, зобов’язана протягом одного місяця з дати набуття такого права подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою згідно з додатком 4.

До заяви про переоформлення ліцензії додаються:

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

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

3. Доповнити Ліцензійні умови пунктами 7¹ і 7² такого змісту:

“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.

7². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та підписані здобувачем ліцензії, ліцензіатом спадкоємцем або іншою уповноваженою на це особою.

У разі оформлення на паперовому носії документи складаються за допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт розміром 12 друкарських пунктів) або рукописним способом (друкованими буквами та цифрами), а сторінки відомостей про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня нумеруються.

Документи, що подаються в електронній формі, оформляються згідно з вимогами законодавства у сфері електронного документообігу.

У разі підписання та/або подання документів уповноваженою особою здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця до заяв про отримання та переоформлення ліцензії додається оригінал документа або засвідчена копія, що підтверджує його повноваження.”.

4. Підпункти 3 і 27 пункту 13 виключити.

5. Пункт 23 викласти в такій редакції:

“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.

У разі зупинення повністю дії ліцензії до відновлення повністю її дії ліцензіат зобов’язаний зупинити повністю медичну практику.”.

6. Доповнити Ліцензійні умови пунктом 37 такого змісту:

“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 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.”.

7. У додатках до Ліцензійних умов:

1) додатки 1—4 викласти в такій редакції:

“Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

(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 задеклароване (zareєстроване) місце проживання
(перебування) фізичної особи — підприємця)

(місце (міся) 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)

адреса електронної пошти: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

_____ 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.

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: _____

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

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога	Лікарські спеціальності, спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації	Методи, що застосовуються у медичній, 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

ззначаються 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: _____

(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 установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	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, номер будинку, номер корпусу (за наявності)	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення
------------------	---	--	---

	осіб, які підписали цей документ)		
--	-----------------------------------	--	--

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 молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації, що провадять в ньому господарську діяльність з медичної практики, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.

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

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

Кадрові вимоги

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

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Найменування посади (зокрема посади, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі,	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано,
------------------	--	--	------------------------------------	---	--	---

				ким виданий)		категорія) (за наявності)
--	--	--	--	-----------------	--	------------------------------

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

Порядковий номер	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Найменування посади (зокрема посади, на яку буде зараховано)	Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано)	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)
------------------	--	--	------------------------------------	---	---	---

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 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 _____ у значенні, наведеному

(найменування суб'єкта господарювання)

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.

Додаток 3
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 27 грудня 2023 р. № 1393)

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

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

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

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)

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

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

Прийняв

_____ (кількість документів (цифрами і словами) _____ (підпис відповідальної особи) _____ (власне ім'я та прізвище)

_____ 20__ року

_____ (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 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 задеклароване (zareestrowane) 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 _____

(дата та номер рішення про видачу

ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю:

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

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

_____ 20__ р.

_____ (підпис спадкоємця або його уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

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

_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)

_____ (власне ім'я та прізвище)";

2) доповнити Ліцензійні умови додатками 5 і 6 такого змісту:

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про зупинення повністю дії ліцензії 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 задеклароване (zareєстроване) місце проживання
(перебування) фізичної особи — підприємця)

(місце (міся) 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)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

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)

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

Додаток 6
до Ліцензійних умов

(
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про відновлення повністю дії ліцензії 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 задеклароване (zareєстроване) місце проживання
(перебування) фізичної особи — підприємця)

_____ (місце (міся) 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)

Адреса електронної пошти: _____

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.”

ДОГОВІР №

про надання послуг (здійснення медичного обслуговування учнів)

_____ 202_ р.

м.

Замовник: Гімназія _____ ради, в особі директора _____, що діє на підставі Статуту, з однієї сторони та

Виконавець: _____, що діє на підставі Статуту, ліцензії Міністерства охорони здоров'я України від _____ року № _____ та сертифікату про державну акредитацію, з другої сторони, (надалі – Сторони), уклали цей договір про наступне:

1. Предмет договору

1.1. Відповідно до умов цього Договору та чинного законодавства України Виконавець зобов'язується забезпечити надання послуг з медичного обслуговування учнів, що навчаються у Замовника (надалі – Пацієнтів), (ДК 021:2015 85140000-2 Послуги у сфері охорони здоров'я різні), в порядку і в спосіб, визначені цим Договором, а Замовник зобов'язується приймати та оплачувати такі послуги.

1.2. Послуги з медичного обслуговування Пацієнтів, визначені у п.1.3. цього Договору, надаватимуться безпосередньо медичним працівником _____.

1.3. Відповідно до цього Договору Виконавець зобов'язується надавати Пацієнтам Замовника послуги з медичного обслуговування (надалі – Послуги), а саме:

1.3.1. Проводити антропометрію, термометрію, оцінку загального стану розвитку учнів.

1.3.2. Проводити періодичні огляди на педикульоз відповідно до вимог, установлених Міністерством охорони здоров'я України.

1.3.3. Здійснювати профілактичні та оздоровчі заходи під час навчання.

1.3.4. Брати участь у здійсненні медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів.

1.3.5. Здійснювати ізоляцію учнів, які мають ознаки інфекційної хвороби, з негайним інформуванням їх батьків або інших законних представників, а також спостереження за учнями, які були в контакті з інфекційним хворим.

1.3.6. Надавати медичну допомогу учням, які перебувають у невідкладному стані, здійснювати виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та невідкладне інформування про це батьків або інших законних представників дитини.

1.3.7. Брати участь в організації харчування учнів закладу освіти.

1.3.8. Здійснювати контроль за своєчасністю проходження учнями профілактичного медичного огляду та вакцинації, а також інформувати із зазначених питань батьків або інших законних представників.

1.3.9. Проводити серед педагогічних працівників, батьків учнів або інших законних представників та учнів просвітницьку та консультаційну роботу щодо здорового способу життя, турботи про психічне здоров'я, виховання здорової дитини.

1.3.10. Здійснювати інформування учасників освітнього процесу з питань вакцинації, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, збереження репродуктивного здоров'я, протидії поширенню серед учнів звичок, небезпечних для їх фізичного та психічного здоров'я.

1.3.11. Співпрацювати з працівниками психологічної служби закладу освіти, інклюзивно-ресурсного центру, закладів охорони здоров'я, а також соціального захисту.

1.3.12. Брати участь в організації та контролі проведення поточної дезінфекції та санітарних і протиепідемічних заходів.

2. Умови та порядок надання послуг

2.1. Умови та порядок надання Послуг, у тому числі вимоги щодо їх обсягу, режиму надання, визначаються Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зі змінами, Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим наказом Міністерства охорони

здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504, та Порядком здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 20.01.2021 р. № 31.

2.2. Виконавець здійснюватиме свою діяльність з надання Послуг за адресою:

2.3. Місце безпосереднього надання Послуг, визначених Договором, має протягом усього часу дії цього Договору відповідати державним санітарним нормам й правилам, а також іншим вимогам, встановленим законодавством України.

2.4. Режим роботи Виконавця з надання Послуг Пацієнтам встановлюється Виконавцем та Замовником за домовленістю, з урахуванням вимог чинного законодавства України. Режим роботи Виконавця та графік прийому Пацієнтів встановлено наступним чином:

2.5. Факт належного та у повному обсязі надання Послуг засвідчується шляхом підписання Сторонами двостороннього акта приймання-передачі наданих Послуг (надалі – Акт).

2.6. Усі інші вимоги щодо організації надання Послуг, порядку та режиму їх надання, вимоги щодо обсягу та якості Послуг визначаються чинним законодавством України.

3. Права та обов'язки Сторін

3.1. Права та обов'язки Замовника:

3.1.1. Права Замовника:

3.1.1.1. Вимагати від Виконавця належного, своєчасного та у повному обсязі виконання своїх зобов'язань за цим Договором.

3.1.1.2. Відмовитися від цього Договору в односторонньому порядку у випадках, передбачених цим Договором.

3.1.2. Обов'язки Замовника:

3.1.2.1. Належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати свої зобов'язання за цим Договором.

3.1.2.2. Належним чином, своєчасно та у повному обсязі виплачувати Виконавцеві кошти за надання Послуг у відповідності до умов цього Договору.

3.1.2.3. Забезпечити створення належних умов (робочого місця) для медичного працівника _____, відповідального за надання передбачених цим Договором Послуг, з дотриманням державних санітарних норм і правил, а також інших вимог, встановлених законодавством.

3.1.2.4. Забезпечити наявність необхідних ліків та медичних виробів відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.04.2021 р. № 637 «Про затвердження Примірного Переліку медичних виробів, лікарських засобів та інших матеріалів, які повинні бути у складі медичної укладки для надання медичної допомоги у медичному пункті закладу освіти».

3.2. Права та обов'язки Виконавця:

3.2.1. Права Виконавця:

3.2.1.1. Вимагати від Замовника належного, своєчасного та у повному обсязі виконання ним своїх зобов'язань за цим Договором.

3.2.1.2. Вимагати від Замовника належної, своєчасної та у повному обсязі оплати за надані Послуги.

3.2.1.3. Відмовитися від цього Договору в односторонньому порядку у випадках, передбачених цим Договором.

3.2.1.4. Співпрацювати з медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів, педагогічним персоналом закладу освіти у межах своєї компетенції.

3.2.1.5. Видавати довідки у межах своєї компетенції.

3.2.1.6. Вносити пропозиції керівництву закладу освіти щодо покращення організації надання медичної допомоги Пацієнтам у закладі освіти.

3.2.1.7. Підвищувати свою кваліфікацію.

3.2.2. Обов'язки Виконавця:

3.2.2.1. Належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати свої зобов'язання за цим Договором.

3.2.2.2. Належним чином та у повному обсязі надавати Послуги відповідно до умов цього Договору.

4. Сума договору та порядок фінансових розрахунків між сторонами

4.1. Загальна сума Договору (розмір оплати за надані послуги) становить (домовлена сума) грн. на рік.

4.2. Оплату за отримані Послуги Замовник здійснює шляхом перерахування коштів на розрахунковий рахунок Виконавця не пізніше, ніж до 10 числа поточного місяця за попередній місяць.

5. Термін дії Договору та інші терміни

5.1. Цей Договір укладено терміном на 1 (один) рік, що діє з _____ 202 __ р. по _____ 202 ___ р. включно.

5.2. У разі відсутності заяви однієї із Сторін про припинення або зміну умов Договору протягом одного місяця після закінчення терміну його дії, він вважається продовженим на той самий термін і на тих самих умовах, які були передбачені цим Договором.

5.3. У разі несплати Замовником плати за надані Послуги протягом місяця Виконавець ініціює розірвання цього Договору згідно чинного законодавства України.

5.4. Цей Договір вважається укладеним та набирає чинності з дати його підписання обома сторонами.

5.5. Виконавець надає Послуги Пацієнтам за наявності відповідних звернень від них, але у будь-якому випадку протягом терміну дії цього Договору, крім випадків, встановлених цим Договором або законодавством.

6. Відповідальність сторін

6.1. У разі невиконання або неналежного виконання своїх зобов'язань за цим Договором Сторони несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.

7. Дострокове припинення Договору.

7.1. Цей Договір може бути достроково припинено на підставах, передбачених чинним законодавством України.

7.2. Одностороння відмова від Договору не допускається, крім випадків, передбачених цим Договором та чинним законодавством України.

7.3. Замовник має право відмовитися від Договору в односторонньому порядку у випадку втрати Виконавцем ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

7.4. Виконавець має право вимагати дострокового розірвання цього Договору у випадках, передбачених чинним законодавством України, а також у таких випадках:

7.4.1. Порушення Замовником зобов'язань щодо створення належних умов для надання Виконавцем передбачених Договором послуг.

7.4.2. Порушення Замовником вимог щодо оплати за надані Послуги за цим Договором.

8. Вирішення спорів

8.1. У разі виникнення між Сторонами будь-якого спору, в тому числі з приводу надання Послуг, такий спір підлягає вирішенню, у першу чергу, шляхом переговорів.

8.2. У разі недосягнення Сторонами згоди щодо спору у порядку, передбаченому п. 8.1. цього Договору, такий спір підлягає вирішенню судом відповідно до чинного законодавства України.

9. Прикінцеві положення

9.1. Будь-які зміни та/або доповнення до цього Договору вважаються чинними та обов'язковими для Сторін за умови, що вони оформлені у письмовій формі та підписані Сторонами.

9.2. Виконавець зобов'язаний письмово повідомити Замовника про будь-які зміни у його реквізитах, зазначених у цьому Договорі, протягом 10 (десяти) календарних днів з дати виникнення таких змін.

9.3. Цей Договір укладено у 2 (двох) примірниках однакової юридичної сили, по одному примірнику для кожної із Сторін.

7. Місцезнаходження та банківські реквізити сторін, підписи сторін

ЗАМОВНИК:

ВИКОНАВЕЦЬ
