

Додаток 8  
до Ліцензійних умов

**Міністерство охорони здоров'я України**

(найменування органу ліцензування)

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

Ліцензіат **Товариство з обмеженою відповідальністю “РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ**  
**ЦЕНТР ПРАВДОП”**

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

**01010 м. Київ, вул. Князів Острозьких 32/2, оф. 028**

місцезнаходження юридичної особи/адреса задекларованого (zareєстрованого) місця проживання  
(перебування) фізичної особи — підприємця,

**01010101**

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

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

(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного  
номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і  
мають відмітку в паспорті), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання,

**Петренко Петро Петрович**

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

відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за  
наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) або серія (за  
наявності), номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання  
відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили  
про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті), адреса електронної пошти та  
номер телефону)

Номер телефону ліцензіата: **+380950110950**

Адреса електронної пошти ліцензіата: **petrenko@gmail.com**

Прошу розширити дію ліцензії на провадження господарської діяльності з  
медичної практики **Рішення про видачу ліцензії № 0101 від 21 лютого 2025 року**

(дата прийняття та номер рішення про видачу ліцензії)

Поряд-ковий 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
1	<b><u>01010 м. Київ, вул. Князів Острозьких 32/2, оф. 028</u></b>	реабілітаційна допомога	<b>фізична терапія</b>
2		реабілітаційна допомога	<b>ерготерапія</b>
3		реабілітаційна допомога	<b>терапія мови і мовлення</b>
4		реабілітаційна допомога	<b>клінічна психологія</b>

06 лютого 2026 р.

**Петро ПЕТРЕНКО**

\_\_\_\_\_  
(підпис ліцензіата або 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)

*{Ліцензійні умови доповнено додатком 8 згідно з Постановою КМ № 781 від 02.07.2025}*