

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 2 липня 2025 р. № 781)

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

Фізична особа-підприємець Петренко Петро Петрович
(повне найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи —
підприємця)

Загальна інформація

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

лікарські: **ортопедія і травматологія**

молодші спеціалісти з медичною освітою: _____

фахівці з реабілітації: _____

фармацевтичні*: _____

2. Режим роботи здобувача ліцензії або ліцензіата

Поряд- ковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Режим роботи (зазначається день тижня, година початку та закінчення роботи та/або цілодобово)
1	Україна, 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 14, корп. 1, кв. 175	Робочі дні: Понеділок-п'ятниця з 10:00 до 17:00 Вихідні дні: Субота, неділя

3. Інформація про види медичної допомоги (екстрена, первинна,
спеціалізована, паліативна) та реабілітаційної допомоги, за якими
провадитиметься господарська діяльність з медичної практики

Поряд-ко вий 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	Україна, 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 14, корп. 1, кв. 175	спеціалізована медична допомога	ортопедія і травматологія

4. Інформація про наявність вивіски на вході до приміщення за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

Фізична особа-підприємець Петренко Петро Петрович

(найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого

лікарські спеціальності: ортопедія і травматологія.

структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підприємця

зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,

прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця, торговельна марка здобувача ліцензії або ліцензіата (за наявності)

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

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

(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності)

структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі)

6. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням***:

Договір оренди нерухомого майна № 333 від 01 січня 2026 року

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

Інформація про приміщення:

нежитлове приміщення	так ☒	ні
окреме приміщення	так ☒	ні
приміщення в нежитловому приміщенні багатоквартирного житлового будинку або комплексу	так	ні ☒
ізольоване (має окремий вхід)	так ☒	ні

вбудоване (прибудоване)

так

ні ☒

7. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення****

Порядковий номер	Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який підписав зазначений документ)	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення (область, місто, вулиця, провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності))	Дата видачі та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких здобувач ліцензії або ліцензіат провадитиме свою діяльність, для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення
1	Фізична особа-підприємець Василенко Василь Васильович РНОКПП: 1111111111	Україна, 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 14, корп. 1, кв. 175	Звіт "Про проведення технічного обстеження будівлі 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 14 щодо доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення" № 222222 від 03.01.2026

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

так

ні ☒

9. Реквізити договору про оброблення медичних відходів:

Договір про оброблення медичних відходів № 44 від 01 січня 2026 року,
укладений з ТОВ “ЦЕНТР ВІДХОДІВ” строком на 5 років

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

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

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

Порядковий номер	Найменування відокремленого структурного підрозділу	Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
			найменування	кількість	
1	Фізична особа-підприємець Петренко Петро Петрович	Кабінет лікаря-ортопеда-травматолога (ортопедія і травматологія) Площа 20 кв. м.	Аптечка для надання невідкладної допомоги	1	Відмінний, 2025 р.в.
			Виробник: Україна Стетоскоп Little Doctor LD Special	2	Відмінний, 2020 р.в.

			Виробни к: Little Doctor, Сингапу р		
			Кушетка процеду рна КП Виробни к: Завод «Заповіт »	1	Відмінний, 2018 р.в.
			Гігромет р «ВИТ-2» Виробни к: ПАТ «Склопр илад»	1	Задовільний, 2018 р.в.
			Апарат для вимірюв анн я кров'яно го тиску Microlife BP AG 1-30 з педіатри чною манжето ю Виробни к: Microlife AG	1	Відмінний, 2022 р.в.
				...	...

			Ємність для дезрозчинів, дезінфекції використаного інструментарію	1	Відмінний, 2021 р.
			Виробник: ТОВ «Гемопласт»		

Загальна площа приміщень 20 кв. метрів

Кадрове забезпечення

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

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зараховано	Основна робота або робота за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
1	Петренко Петро Петрович	Лікар-ортопед-травматолог	Основна	Диплом серія НН № 1111111 від 19 червня 2000 року за	Сертифікат № 222222 лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Ортопедія	Посвідчення про присвоєння вищої кваліфікаційної категорії №3333 за

				спеціальніс тю «Лікувальн а справа», виданий Київським медичним університе том	і травматоло гія» від 01.01.2009 року, виданий Київським державним медичним університе том	спеціальніс тю «Ортопедія і травматологі я» від 01.01.2020 року, видане Департамен том охорони здоров'я Київської ОДА
--	--	--	--	--	---	---

12. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною освітою

Поряд- ковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зарахо-ван о	Основна робота або робота за суміс-ниц твом	Диплом (спеціаль-н ість, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Свідоцтво про про-ходжен ня підвищен-н я квалі-фікац ії (спеціаль-н ість, номер, дата видачі, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (під- твердження) кваліфіка-ці йної категорії (спеціаль-ні сть, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
--------------------------	---	---	---	---	---	--

13. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам фахівців з реабілітації

Поряд-к овий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зарахо-ва но	Основна робота або робота за суміс-ни цтвом	Диплом (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Свідоцтво про про-ходжен ня підвищення кваліфікації (спеціаль-ні сть, номер,	Посвідчення про присвоєння (під-тверджен ня) кваліфіка-цій ної категорії (спеціаль-ніс ть, серія,
--------------------------	---	--	---	--	---	---

					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 аптекних закладів

Поряд-ко вий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада, на яку буде зарахо-ва но	Основна робота або робота за суміс-ниц твом	Диплом (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Серти- фікат спеціаль- іста (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким вида-ни й)	Посвід-ч ення про присво-є ння (під-тве рд-женн я) квалі-фі ка-ційно ї кате-горі ї (спеціаль- ність, серія, номер, дата видачі, ким видано, кате-горі я) (за наяв-нос ті)	Сертифікат щодо проход-жен ня спеціаль-ни х щорічних навчань з питань вакцинації, правил організації і техніки проведення щеплень, а також навичок надання домедичної допомоги при невідклад-н их станах
--------------------------	---	--	--	--	---	--	---

15. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу та фізичної особи — підприємця відповідно до запису в трудовій книжці (у разі наявності) або відомостей про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи — підприємця)

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Номер запису	Дата			Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата видачі та номер)
		число	місяць	рік		
Петренко Петро Петрович	1	01	01	202 5	Назва підприємства Зарахований на посаду з	Наказ № 1111

					основним місцем роботи /звільнений із займаної посади на підставі ст. 38 КЗпП/переведений на посаду ...	від 01 січня 2025 р.
--	--	--	--	--	---	----------------------------

Відсутність здійснення контролю за діяльністю **Фізична**
особа-підприємець Петренко Петро Петрович

(найменування здобувача ліцензії або ліцензіата)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України “Про захист економічної конкуренції”, та/або торговельними відносинами з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України “Про оборону України”, підтверджую.

Я як здобувач ліцензії (ліцензіат) поінформований, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на _____ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або припинення її дії відповідно до статей 13 і 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

09 січня 2026 р.

(підпис здобувача ліцензії,
ліцензіата, спадкоємця або їх
уповноваженої особи)

Петро ПЕТРЕНКО
(власне ім'я та прізвище)

* Зазначається інформація виключно аптечними закладами, які проводять профілактичні щеплення.

** Пункт 5 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.

*** У разі коли провадження господарської діяльності з медичної практики здійснюється за кількома адресами, інформація зазначається за кожною адресою окремо.

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

{Додаток 2 в редакції Постанов КМ № 1105 від 27.12.2017, № 1034 від 05.09.2023, № 1393 від 27.12.2023; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 213 від 27.02.2024, з урахуванням змін, внесених Постановою КМ № 536 від 10.05.2024; в редакції Постанови КМ № 781 від 02.07.2025}