

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

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

Фізична особа-підприємець Петренко Петро Петрович
(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: **ортопедія і травматологія;**

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

Порядковий номер	Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики	Вид медичної допомоги	Лікарські спеціальності і спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації,	Методи, що застосовуються у медичній, реабілітаційній практиці (так/ні)					
				методи профілактики	методи діагностики	методи лікування	методи реабілітації	хірургічні втручання	методи знеболення

			фармацевти чні спеціальнос ті						
1	Україна, 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 14, корп. 1, кв. 175	спеціаліз ована медична допомога	ортопедія і травматол огія	так	так	так	так	ні	ні

3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:

Фізична особа-підприємець Петренко Петро Петрович
лікарські спеціальності: ортопедія і травматологія.

(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: _____

(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:

Договір оренди нерухомого майна № 333 від 01 серпня 2025 року
(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	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт
------------------	---	---	--

	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) осіб, які підписали цей документ)	діяльність, для маломобільних груп населення (область, місто, вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності))	господарювання провадитиме свою діяльність, для 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 01.01.2025

6¹. Відомості про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю 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 молодших	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі	Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення
------------------	---	--	--	---

		спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, фармацевтичних спеціальностей, що провадять в ньому медичну практику, та його площа	найменування	кількість	я, апаратури, приладів, інструмента рію
1	Фізична особа-підприємець Петренко Петро Петрович Режим роботи лікаря-ортопеда-травматолога Робочі дні: Понеділок-п'ятниця з 10:00 до 17:00 Вихідні дні: Субота, неділя	Кабінет лікаря-ортопеда-травматолога <i>(ортопедія і травматологія)</i> Площа 20 кв. м.	Аптечка для надання невідкладної допомоги Виробник: Україна	1	Відмінний, 2025 р.в.
			Стетофонендоскоп Little Doctor LD Special Виробник: Little Doctor, Сингапур	2	Відмінний, 2020 р.в.
			Кушетка процедурна КП Виробник: Завод «Заповіт»	1	Відмінний, 2018 р.в.
			Гігрометр «ВИТ-2» Виробник: ПАТ «Склоприлад»	1	Задовільний, 2018 р.в.
			Апарат для вимірювання кров'яного тиску Microlife BP AG 1-30 з педіатричною манжетою Виробник: Microlife AG	1	Відмінний, 2022 р.в.
				...	...
			Ємність для дезрозчинів, дезінфекції використаного інструментарію	1	Відмінний, 2021 р.

			Виробник: ТОВ «Гемо пласт»		
--	--	--	-------------------------------	--	--

Загальна площа приміщень **25 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	
1	Апарат для вимірювання кров'яного тиску Microlife BP AG 1-30 з педіатричною манжетою Виробник: Microlife AG	10	2025	Тавра повірки за IV квартал 2025 року від 20.10.2025 року, ДП "Київстандартметрологія"
2	Гігрометр «ВИТ-2» Виробник: ПАТ «Склоприлад»	10	2025	Тавра повірки за IV квартал 2025 року від 20.10.2025 року, ДП "Київстандартметрологія"
...	...	...	...	...

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

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)
1	Петренко Петро Петрович	Лікар-орт опед-трав матолог	Основна	Диплом серія НН № 1111111 від 19 червня 2000 року за спеціальніс тю «Лікувальна справа», виданий Київським медичним університето м	Сертифікат № 222222 лікаря-спеціа ліста за спеціальніс тю «Ортопедія і травматологія » від 01.01.2009 року, виданий Київським державним медичним університето м	Посвідчення про присвоєння вищої кваліфікаційн ої категорії №33333 за спеціальністю «Ортопедія і травматологія » від 01.01.2020 року, видане Департаменто м охорони здоров'я Київської ОДА

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

По ряд ков ий но ме р	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада (у тому числі посада, на яку буде зараховано)	Основна робота або робота за сумісниц твом	Диплом (спеціальніс ть, серія, номер, дата видачі, ким виданий)	Свідоцтво про проходже ння підвищен ня кваліфіка ції (спеціаль ність, номер, дата видачі, ким видано)	Посвідчен ня про присвоєнн я (підтверд ження) кваліфікац ійної категорії (спеціальн ість, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)	Сертифі кат щодо проход ження спеціаль них щорічн их навчань з питань вакцина ції, правил організа ції і техніки проведе ння щеплен ь, а також
---	---	--	---	--	---	--	--

							навичок надання домеди чної 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 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	2025	Назва підприємства Зарахований на посаду з основним місцем роботи /звільнений із займаної посади на підставі ст. 38 КЗпП/переведений на посаду ...	Наказ № 1111 від 01 січня 2025 р.

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

_____ 2025 р.

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

Петро ПЕТРЕНКО
(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 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}