

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Держлікслужби

08 грудня 2017р № 1145

Форма 3

(Бланк органу контролю)

АКТ¹ № _____

перевірки наявності матеріально-технічної бази, кваліфікованого персоналу, необхідних для провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами

1	Загальна інформація	
1.1	Відомості про осіб, що склали Акт:	
	посади, прізвища, імена, по батькові	
1.2	Відомості про особу суб'єкта господарювання, у присутності якої складено Акт:	
	посада, прізвище, ім'я, по батькові	
1.3	Дата складання Акта	
1.4	Підстава для проведення перевірки - заява № _____	від <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2	Відомості про суб'єкта господарювання			
2.1	Для юридичної особи:		Для фізичної особи - підприємця:	
	найменування		прізвище, ім'я, по батькові	
			телефон	
	код за ЄДРПОУ	<input type="text"/>	реєстраційний номер облікової картки платника податків ²	<input type="text"/>
	форма власності			
2.2	Відомості про керівника суб'єкта господарювання (для юридичної особи):			
	прізвище, ім'я, по батькові			
	телефон			
2.3	Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця			
	Електронна адреса:	E-mail:		

3	Відомості про матеріально-технічну базу					
3.1	Аптечний заклад					
	Аптека	<input type="checkbox"/>	номер	найменування аптечного закладу (за наявності)		аптека, структурним підрозділом якої є аптечний пункт
Аптечний пункт	<input type="checkbox"/>					
3.2	Місцезнаходження аптечного закладу (індекс, область, район, місто/селище міського типу/ село/селище, вулиця, будинок тощо)					
3.3	Режим роботи					
	з	до	вихідні дні			
3.4	Характеристика будівлі, у якій розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ)					
	Створені необхідні умови для доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів			так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>		
3.5	Правова підстава для використання приміщення					
	Приміщення використовується на праві		власності <input type="checkbox"/>		користування <input type="checkbox"/>	
	Документ, що підтверджує право власності або користування приміщенням (із зазначенням його дати та номера)					
3.6	Характеристика приміщення, у якому розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ)					
	ізольоване			так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>		
	кількаповерхове			так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «так», то мінімум один із залів обслуговування населення розташований на першому поверсі з обов'язковою організацією одного робочого місця для відпуску лікарських засобів так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>		
	наявний загальний вхідний тамбур			так <input type="checkbox"/> з _____ ні <input type="checkbox"/> якщо «так», то зазначити, з яким приміщенням, та не заповнювати інформацію про наявність окремого самостійного виходу назовні		
	наявний окремий самостійний вихід назовні			так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «ні», то знаходиться в торговельному центрі, санаторно-курортному закладі, готелі, аеропорту, на вокзалі, у лікувально-профілактичному закладі, будинку громадського призначення (окрім шкіл, закладів дошкільної освіти та під'їздів житлових будинків), у приміщенні сільської (селищної) ради, на підприємстві поштового зв'язку (необхідне підкреслити)		
	зал обслуговування населення знаходиться на першому поверсі			так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «ні», то рівень підлоги залу обслуговування населення не нижче/вище планувального рівня землі більше ніж на 0,5 метра так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>		

	приміщення знаходиться у лікувально-профілактичному закладі	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	якщо «так», то зазначити поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) _____
	приміщення знаходиться у торговельному центрі	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	якщо «так», то зазначити поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) _____
3.7	Наявність інженерного обладнання для забезпечення:		
	теплопостачання	наявне <input type="checkbox"/> відсутнє <input type="checkbox"/>	
	каналізація	наявна <input type="checkbox"/> відсутня <input type="checkbox"/>	
3.8	Структура аптечного закладу (структурного підрозділу)		
	Загальна площа, у тому числі площа торговельного залу	_____ кв. м	
		≥ 18 кв. м так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	(для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу, селищах)
		≥ 10 кв. м так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	(для аптек, розташованих у селах)
	приміщень зберігання лікарських засобів	≥ 10 кв. м так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	(для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу, селищах)
		≥ 6 кв. м так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	(для аптек, розташованих у селах, селищах)
	приміщень персоналу	≥ 8 кв. м так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	(для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу, селищах)
		≥ 4 кв. м так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	(для аптек, розташованих у селах)
	В аптечному закладі (структурному підрозділі) наявні:		
	вбиральня з рукомийником	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	
	місце санітарної обробки рук	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	
3.9	Облаштування аптечного закладу (структурного підрозділу)		
	Обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів	шафи <input type="checkbox"/> стелажі <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/> сейф <input type="checkbox"/> металева шафа <input type="checkbox"/> екран для захисту від прямої крапельної інфекції <input type="checkbox"/>	
	Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	
	Обладнання службово-побутових приміщень	шафи для роздільного зберігання особистого та технологічного одягу <input type="checkbox"/> кімната/шафа для інвентарю <input type="checkbox"/> холодильник (для аптек) <input type="checkbox"/> меблі для вживання їжі (для аптек) <input type="checkbox"/>	
	Наявність промаркованого інвентарю, призначеного для прибирання різних приміщень або зон	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	

4	Відомості про кваліфікацію персоналу	
4.1	Відомості про завідувача аптечного закладу (структурного підрозділу):	
	прізвище	
	ім'я	
	по батькові	
	освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність	
	номер і дата укладання трудового договору (для фізичної особи - підприємця, який використовує працю найманого фахівця, - обов'язково), номер і дата наказу про призначення на посаду	
	Відповідність кваліфікаційним вимогам	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
4.2	Відомості про Уповноважену особу (для аптеки):	
	прізвище	
	ім'я	
	по батькові	
	телефон	
	освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність	
	номер і дата укладання трудового договору (для фізичної особи - підприємця, який використовує працю найманого фахівця, - обов'язково), номер і дата наказу про покладання обов'язків Уповноваженої особи	
	Відповідність кваліфікаційним вимогам	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

5	За адресою, вказаною в пункті 3.2 глави 3 цього Акта, аптечний заклад (структурний підрозділ) відсутній	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
---	---	--

6	Декларація		
6.1	Особа суб'єкта господарювання підтверджує, що Акт складено у її присутності, з ним ознайомлено та надано один примірник Акта		
6.2	Вся надана в Акті інформація є достовірною та повною		
	Прізвища, ініціали осіб, які склали Акт		підписи
	Прізвище, ініціали особи, у присутності якої складено Акт		підпис

¹ У нижньому колонтитулі кожної сторінки Акта зазначаються найменування суб'єкта господарювання або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця та номер Акта.

² Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган, що реалізує державну податкову політику, і мають відмітку у паспорті, - серія та номер паспорта.