Додаток 5  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 22 вересня 2021 р. № 1002)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(найменування органу ліцензування)

**ВІДОМОСТІ   
про наявність матеріально-технічної бази та кваліфікованого персоналу, необхідних для провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Відомості про суб’єкта господарювання | | | | | | | | | | | | | |
| Для юридичної особи: | | | | | Для фізичної особи - підприємця: | | | | | | | | |
| найменування |  | | | | прізвище | | | | |  | | | |
| власне ім’я | | | | |  | | | |
| по батькові (за наявності) | | | | |  | | | |
| номер телефону | | | | |  | | | |
| код згідно з ЄДРПОУ |  | | | | реєстраційний номер облікової картки платника податків | | | |  | | | | |
| форма власності |  | | | |
|  | | | | | паспорт: | | серія |  | | | № | | | |
| виданий | |  | | | | | | |
| Відомості про керівника суб’єкта господарювання (для юридичної особи): | | | | | | | | | | | | | |
| прізвище | |  | | | | | | | | | | | |
| власне ім’я | |  | | | | | | | | | | | |
| по батькові (за наявності) | |  | | | | | | | | | | | |
| номер телефону | |  | | | | | | | | | | | |
| Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи ― підприємця (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Електронна адреса | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Відомості про матеріально-технічну базу | | | | | | | | | | | | | |
| Аптечний заклад | | | | | | | | | | | | | |
| Аптека | | |  | номер | | найменування аптечного закладу (за наявності) | | | |  | | аптека, структурним підрозділом якої є аптечний пункт |  |
| Аптечний пункт | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Місцезнаходження аптечного закладу (індекс, область, район, місто/селище міського типу/ село/селище, вулиця, будинок) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Лікувально-профілактичний заклад, у якому розташований відокремлений підрозділ або контрольний пункт в’їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, тимчасово окуповану територію Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та виїзду з них (для аптечних пунктів) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Режим роботи | | | | | | | | | | |
| з | \_\_\_ год. \_\_\_ хв. | до | \_\_\_ год. \_\_\_ хв. | | | вихідні дні |  | | | |
| 3. Характеристика будівлі, у якій розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ) | | | | | | | | | | |
| Створені необхідні умови для забезпечення доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщення аптечного закладу.  Наявність умов для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів підтверджено фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який має кваліфікаційний сертифікат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) (реквізити сертифіката, та ким виданий)  документально \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (дата, номер (за наявності), найменування документа) | | | | | | | | | | |
| 4. Правова підстава для використання приміщення | | | | | | | | | | |
| Приміщення використовується на праві | | | | власності користування | | | | | | |
| Документ, що підтверджує право власності або користування приміщенням (із зазначенням дати та номера) | | | |  | | | | | | |
| 5. Характеристика приміщення, в якому розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ) | | | | | | | | | | |
| Ізольоване приміщення | | | | так ні | | | | | | |
| Кількаповерхове приміщення | | | | так ні  якщо “так”, мінімум один із залів обслуговування населення розташований на першому поверсі з обов’язковою організацією одного робочого місця для відпуску лікарських засобів  так ні | | | | | | |
| Наявний загальний вхідний тамбур | | | | так ні  якщо “так”, зазначити, з яким приміщенням та не заповнювати відомості щодо наявності окремого самостійного виходу назовні | | | | | | |
| Наявний окремий самостійний вихід назовні | | | | так ні  якщо “ні”, зазначаються, де розташований аптечний заклад: у торговельному центрі, санаторно-курортному закладі, готелі, аеропорту, на вокзалі, у лікувально-профілактичному закладі, будинку громадського призначення (крім шкіл, закладів дошкільної освіти та під’їздів житлових будинків), у приміщенні сільської (селищної) ради, оператора поштового зв’язку | | | | | | |
| Зал обслуговування населення розміщено на першому поверсі | | | | так ні  якщо “ні”, рівень підлоги залу обслуговування населення не нижче/вище планувального рівня землі більше ніж на 0,5 метра  так ні | | | | | | |
| Приміщення розташоване у лікувально-профілактичному закладі або на контрольному пункті в’їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, тимчасово окуповану територію Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та виїзду з них | | | | так ні  якщо “так”, зазначається поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) | | | | | | |
| Приміщення розташоване у торгівельному центрі (для аптек) | | | | так ні  якщо “так”, зазначається поверх, на якому розташовано аптеку | | | | | | |
| Наявність інженерного обладнання для забезпечення функціонування аптечного закладу: | | | | | | | | | | |
| теплопостачання | | | | наявне відсутнє | | | | | | |
| каналізація | | | | наявна відсутня | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| Структура аптечного закладу (структурного підрозділу) | | | | | | | | | | |
| Загальна площа,у тому числі площа: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. метрів | | | | | |
| торговельного залу | | | | | ≥ 18 кв. метрів так ні | | | | | |
|  | | | | | (для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу, селищах) | | | | |  |
|  | | | | | ≥ 10 кв. метрів так ні | | | | | |
|  | | | | | (для аптек, розташованих у селах) | | | |  | |
| приміщень для зберігання лікарських засобів | | | | | ≥ 10 кв. метрів так ні | | | | | |
| (для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу, селищах) | | | | |  |
| ≥ 6 кв. метрів так ні | | |  | | |
| (для аптек, розташованих у селах) | | | | | |
| приміщень для персоналу | | | | | ≥ 8 кв. метрів так ні | | | | | |
| (для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу, селищах) | | | | |  |
| ≥ 4 кв. метри так ні | | |  | | |
| (для аптек, розташованих у селах) | | | | | |
| В аптечному закладі (структурному підрозділі) наявні:  вбиральня з рукомийником | | | | | так ні | | | | | |
| місце санітарної обробки рук | | | | | так ні | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Облаштування аптечного закладу (структурного підрозділу) | | | | |
| Обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів | | | шафи стелажі холодильник  сейф металева шафа  екран для захисту від прямої крапельної інфекції | |
| Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря | | | так ні | |
| Обладнання службово-побутових приміщень | | | шафи для роздільного зберігання особистого та технологічного одягу  кімната/шафа для інвентарю  холодильник (для аптек)  меблі для вживання їжі (для аптек) | |
| Наявність промаркованого інвентарю для прибирання, призначеного для прибирання різних приміщень або зон | | | так ні | |
| 7. Відомості про кваліфікацію персоналу | | | | |
| Відомості про завідувача аптечного закладу (структурного підрозділу): | | | | |
| прізвище | |  | | |
| ім’я | |  | | |
| по батькові (за наявності) | |  | | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків\* | |  | | |
| освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність | |  | | |
| номер і дата укладення 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 ні | | |
| Відомості про уповноважену особу (для аптеки): | | | | |
| прізвище | |  | | |
| ім’я | |  | | |
| по батькові (за наявності) | |  | | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків\* | |  | | |
| номер телефон | |  | | |
| освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність | |  | | |
| номер і дата укладення трудового договору (для фізичної особи - підприємця, який використовує працю найманого фахівця, – обов’язково), номер і дата наказу про покладення обов’язків уповноваженої особи | |  | | |
| відповідність кваліфікаційним вимогам | | так ні | | |
| 8. Декларація | | | | |
| Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) відповідаю і зобов’язуюся їх виконувати | | | | |
| Уся надана у цих відомостях інформація є достовірною та повною | | | | |
| Прізвище та ініціали (ініціал власного імені) керівника суб’єкта господарювання або фізичної особи - підприємця |  | | |  |
|  |  | | | (підпис) |
| Дата складення цих відомостей | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті.

{Додаток 5 в редакції Постанови КМ № 1002 від 22.09.2021}