ЗАТВЕРДЖЕНО   
постановою Кабінету Міністрів України   
від 2025 р. №

ЗМІНИ,

що вносяться до постанови Кабінету Міністрів України  
від 30 травня 2024 р. № 621

1. Пункт 3 постанови після слів та цифр «з 1 січня 2027 року» доповнити словами та цифрами «, та підпункту 5 пункту 15, підпункту 8 пункту 16 Ліцензійних умов, які набирають чинності з 1 травня 2026 року».

2. У Ліцензійних умовах провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові  
та компонентів крові, призначених для трансфузії, затверджених зазначеною постановою:

1) підпункти 3, 4 пункту 6 викласти у такій редакції:

«3) відомості про наявність умов для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до місць провадження господарської діяльності відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів, за формою, згідно з додатком 3;

4) опис документів, що додаються до заяв та повідомлень за формою, згідно з додатком 4 у двох примірниках (у разі подання заяви та документів до органу ліцензування шляхом особистого звернення);»;

2) пункти 9 – 13 викласти у такій редакції:

«9. У разі зміни даних, які зазначені в документах, що додавалися до  
заяви про отримання ліцензії, зокрема, щодо зміни або створення нового місця провадження господарської діяльності, ліцензіат подає до органу ліцензування повідомлення про зміну даних, зазначених у заяві, документах та відомостях,  
що додавалися до заяви про отримання ліцензії за формою, згідно з додатком 5 та документи, визначені у [пункті 6](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/621-2024-%D0%BF#n18) цих Ліцензійних умов, за [описом](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/621-2024-%D0%BF#n155) згідно з додатком 4.

10. У разі наміру ліцензіата припинити дію ліцензії повністю або частково до органу ліцензування подається заява про припинення дії ліцензії повністю або частково за формою, згідно з додатком 6.

11.У разі наміру ліцензіата зупинити дію ліцензії повністю або частково до органу ліцензування подається [заява про зупинення дії ліцензії](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/621-2024-%D0%BF#n161) повністю або частково за формою, згідно з додатком 7.

12. У разі наміру ліцензіата відновити дію ліцензії повністю або частково до органу ліцензування подається [заява про відновлення дії ліцензії](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/621-2024-%D0%BF#n163) повністю або частково за формою, згідно з додатком 8.

13. У разі виникнення підстави для переоформлення ліцензії спадкоємець зобов’язаний протягом 30 календарних днів подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою, згідно з додатком 9, та документи  
(їх копії (фотокопії), засвідчені спадкоємцем), що підтверджують наявність підстави дляпереоформлення ліцензії.»;

3) у пункті 16:

підпункт 5 викласти в такій редакції:

«5) затвердити структуру, штатний розпис, політику і керівництво з якості (або аналогічний документ), посадові інструкції працівників, у яких зазначені основні функції, повноваження, професійні знання, компетенція та інші вимоги до працівників, стандартні операційні процедури, в яких зазначається здійснення всіх процесів господарської діяльності, за кожним місцем (місцями) провадження господарської діяльності;»;

доповнити новим підпунктом 11 такого змісту:

«11) створити необхідні умови для вільного доступу осіб з інвалідністю  
та інших маломобільних груп населення до місць провадження господарської діяльності відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів,  
що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат.»;

4) у підпункті 1 пункту 20 слова та знак «та/або» замінити словом «та»;

5) пункт 34 після слів «зазначених вимог» доповнити словами «, за винятком мікробіологічного дослідження донорської крові та компонентів крові, яке Ліцензіат має право здійснювати на підставі письмових договорів з іншими Ліцензіатами або з акредитованими чи сертифікованими лабораторіями, що провадять діяльність у відповідній сфері, на умовах аутсорсингу, за умови забезпечення належної якості та безпеки відповідно до вимог законодавства»;

6) додатки 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 до Ліцензійних умов викласти у такій редакції:

Додаток 1

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА  
про отримання ліцензії на провадження/розширення виду господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії**

Прошу видати ліцензію на провадження/розширення виду господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії (*необхідне підкреслити*)

1. Загальна інформація про здобувача ліцензії/ліцензіата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Місцезнаходження юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі, орган, що видав паспорт фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Організаційно-правова форма | | |
|  | | |
| Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ | | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*\* | | |
|  | | |
| Інформація про діючу ліцензію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії) | | |
| Контактна інформація | | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) | |  |
| Адреса електронної пошти | |  |
| Дані GPS (Global Positioning System - глобальна система навігації та визначення розташування) | |  |
| Відомості про уповноваженого представника здобувача ліцензії/ліцензіата: | | |
| прізвище |  | |
| власне ім’я |  | |
| по батькові (за наявності) |  | |
| серія, номер (за наявності) паспорта, дата видачі |  | |
| орган, що видав паспорт |  | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України уповноваженого представника\*\* |  | |
| адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) |  | |
|  | |
|  | |
|  | |

II. Інформація про місце (місця) провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії (*цей розділ заповнюється для кожного окремого місця провадження діяльності, яке розташоване за іншою адресою*)

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування місця провадження господарської діяльності (*у разі відсутності — найменування суб’єкта системи крові*) | |
|  | |
| Адреса місця провадження господарської діяльності *(індекс, область, район, місто/селище/село, вулиця, будинок тощо)* | |
|  | |
| Контактна інформація: | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) |  |
| Адреса електронної пошти |  |

З порядком отримання ліцензії ознайомлений. Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії відповідаю і зобов’язуюся їх виконувати.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник заявника або  фізична особа - підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада особи, яка прийняла заяву) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* Для фізичних осіб, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта).

Додаток 3

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

ВІДОМОСТІ

про наявність умов для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до місць провадження господарської діяльності відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повне найменування юридичної особи або прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Порядковий номер | Найменування місця провадження господарської діяльності  (у разі відсутності – найменування суб’єкта системи крові) | Адреса місця провадження господарської діяльності (індекс, область, район, місто/селище/село, вулиця, будинок тощо) | Наявність умов для вільного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщень відповідно до державних будівельних норм, правил і стандартів.  (найменування документа, дата, номер (за наявності)) | Інформація про фахівця з питань технічного обстеження будівель та споруд  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності), реквізити кваліфікаційного сертифіката та ким виданий). |

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
 (дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

(підпис) (ініціал власного імені та прізвище керівника   
 юридичної особи, фізичної особи – підприємця)

Додаток 4

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

ОПИС   
документів, що додаються до заяв та повідомлень

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### (найменування юридичної особи або прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)

### Дата і номер реєстрації заяви “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Порядковий номер | Найменування документа | Кількість аркушів  у  документі | Відмітка про наявність документів  (наявні,  відсутні) | Примітка |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прийняв | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (цифрами і словами) | документів | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис уповноваженої посадової особи,  ініціали, прізвище, посада) |
| “\_\_ ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | | | |
|  |  | |  |  |
| Другий примірник опису отримав | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, ініціали, прізвище керівника юридичної особи/ фізичної особи – підприємця/уповноваженого представника  суб’єкта господарювання) |
|  | | | |
| “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | | | |

Додаток 5

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ПОВІДОМЛЕННЯ   
про зміни даних, зазначених у заяві про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії**

1. Загальна інформація про ліцензіата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Місцезнаходження юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі, орган, що видав паспорт фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Організаційно-правова форма | | |
|  | | |
| Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ | | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*\* | | |
|  | | |
| Інформація про діючу ліцензію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії) | | |
| Контактна інформація | | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) | |  |
| Адреса електронної пошти | |  |
| Дані GPS (Global Positioning System - глобальна система навігації та визначення розташування) | |  |
| Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: | | |
| прізвище |  | |
| власне ім’я |  | |
| по батькові (за наявності) |  | |
| серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі |  | |
| орган, що видав паспорт |  | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України уповноваженого представника\*\* |  | |
| адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) |  | |
|  | |
|  | |
|  | |

II. Інформація про зміни даних, зазначених у заяві, документах та відомостях, що додавались до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії у зв’язку зі зміною або створенням нового місця провадження діяльності (*цей розділ заповнюється для кожного окремого місця провадження діяльності, яке розташоване за іншою адресою*)

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування місця провадження господарської діяльності (*у разі відсутності — найменування суб’єкта системи крові*) | |
|  | |
| Адреса місця провадження господарської діяльності *(індекс, область, район, місто/селище/село, вулиця, будинок тощо)* | |
|  | |
| Контактна інформація: | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) |  |
| Адреса електронної пошти |  |

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії відповідаю і зобов’язуюся їх виконувати.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник заявника або  фізична особа - підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада особи, яка прийняла заяву) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* Для фізичних осіб, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта).

Додаток 6

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА   
про припинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії повністю або частково**

I.Загальна інформація про ліцензіата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Місцезнаходження юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі, орган, що видав паспорт фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Організаційно-правова форма | | |
|  | | |
| Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ | | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*\* | | |
|  | | |
| Інформація про діючу ліцензію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії) | | |
| Контактна інформація | | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) | |  |
| Адреса електронної пошти | |  |
| Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: | | |
| прізвище |  | |
| власне ім’я |  | |
| по батькові (за наявності) |  | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі |  | |
| орган, що видав паспорт |  | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України уповноваженого представника\*\* |  | |
| адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) |  | |
|  | |
|  | |
|  | |

II. Прошу припинити дію ліцензії на провадження виду господарської діяльності, на який отримано ліцензію, повністю/частково *(необідне підкреслити)* за таким (такими) місцем (місцями) провадження господарської діяльності (*цей розділ заповнюється для кожного окремого місця провадження діяльності)*

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування місця провадження господарської діяльності (*у разі відсутності – найменування суб’єкта системи крові*) | |
|  | |
| Адреса місця провадження господарської діяльності *(індекс, область, район, місто/селище/село, вулиця, будинок тощо)* | |
|  | |
| Контактна інформація: | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) |  |
| Адреса електронної пошти |  |

З порядком отримання ліцензії ознайомлений. Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії відповідаю і зобов’язуюся їх виконувати.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник заявника або  фізична особа - підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* Для фізичних осіб, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта).

Додаток 7

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА   
про зупинення дії ліцензії на провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії повністю або частково**

I.Загальна інформація про ліцензіата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Місцезнаходження юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі, орган, що видав паспорт фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Організаційно-правова форма | | |
|  | | |
| Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ | | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*\* | | |
|  | | |
| Інформація про діючу ліцензію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії) | | |
| Контактна інформація | | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) | |  |
| Адреса електронної пошти | |  |
| Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: | | |
| прізвище |  | |
| власне ім’я |  | |
| по батькові (за наявності) |  | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі |  | |
| орган, що видав паспорт |  | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України уповноваженого представника\*\* |  | |
| адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) |  | |
|  | |
|  | |
|  | |

II. Прошу зупинити дію ліцензії на провадження виду господарської діяльності, на який отримано ліцензію, повністю/частково *(необідне підкреслити)* за таким (такими) місцем (місцями) провадження господарської діяльності (*цей розділ заповнюється для кожного окремого місця провадження діяльності)*

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування місця провадження господарської діяльності (*у разі відсутності – найменування суб’єкта системи крові*) | |
|  | |
| Адреса місця провадження господарської діяльності *(індекс, область, район, місто/селище/село, вулиця, будинок тощо)* | |
|  | |
| Контактна інформація: | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) |  |
| Адреса електронної пошти |  |

на строк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів/місяців (*потрібне підкреслити*)\*\*\*

Додаткова інформація (*зазначається ліцензіатом у разі необхідності*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник заявника або  фізична особа - підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада особи, яка прийняла заяву) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* Для фізичних осіб, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта).

\*\*\*Дія ліцензії може бути зупинена не більш як на шість місяців.

Додаток 8

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА   
про відновлення дії ліцензії на провадження господарської діяльності із заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії повністю або частково**

I.Загальна інформація про ліцензіата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Місцезнаходження юридичної особи\* | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи | | |
|  | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі, орган, що видав паспорт фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця | | |
|  | | |
| Організаційно-правова форма | | |
|  | | |
| Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ | | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*\* | | |
|  | | |
| Інформація про діючу ліцензію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії) | | |
| Контактна інформація | | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) | |  |
| Адреса електронної пошти | |  |
| Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: | | |
| прізвище |  | |
| власне ім’я |  | |
| по батькові (за наявності) |  | |
| Серія (за наявності), номер паспорта, дата видачі |  | |
| орган, що видав паспорт |  | |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України уповноваженого представника\*\* |  | |
| адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) |  | |
|  | |
|  | |
|  | |

II. Прошу відновити дію ліцензії на провадження виду господарської діяльності, на який отримано ліцензію, повністю/частково *(необідне підкреслити)* за таким (такими) місцем (місцями) провадження господарської діяльності (*цей розділ заповнюється для кожного окремого місця провадження діяльності)*

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування місця провадження господарської діяльності (*у разі відсутності – найменування суб’єкта системи крові*) | |
|  | |
| Адреса місця провадження господарської діяльності *(індекс, область, район, місто/селище/село, вулиця, будинок тощо)* | |
|  | |
| Контактна інформація: | |
| Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) |  |
| Адреса електронної пошти |  |

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До заяви додаються\*\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник заявника або  фізична особа - підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада особи, яка прийняла заяву) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* Для фізичних осіб, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта).

\*\*\* Зазначається перелік документів, що додаються до заяви про відновлення дії ліцензії повністю або частково та підтверджують відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю або частково, а в разі коли дія ліцензії зупинена повністю або частково на підставі акта про невиконання розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов провадження виду господарської діяльності (частини виду господарської діяльності), також інформація про сплату штрафу, передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.

Додаток 9

до Ліцензійних умов

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України

від \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА   
на переоформлення ліцензії**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця - заявника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серія, номер паспорта, дата видачі,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

орган, що видав паспорт, адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи – підприємця - заявника)

яка/який є спадкоємцем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця - ліцензіата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*)

номер абонента кінцевого (термінального) обладнання (номер телефону) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адреса електронної пошти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи - підприємця - заявника\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу переоформити ліцензію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії)

Перелік документів, що додаються до заяви про переоформлення ліцензії та підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця - заявника) |
|

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Для фізичних осіб, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта).

**Заступник Голови Володимир КОРОЛЕНКО**