“Додаток 5  
до Ліцензійних умов  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 14 липня 2025 р. № 895)

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

(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 №  (за наявності) | | | | | |
| виданий | | | | | |
| Інформація щодо приналежності до аптечної мережі | | | | | | так ні | | | | | |
| якщо “так”, зазначається найменування аптечної мережі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 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/село/селище, вулиця, будинок) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Адреса електронної пошти | | | | | | | | | | | |
| 2. Відомості про матеріально-технічну базу | | | | | | | | | | | |
| Аптечний заклад | | | | | | | | | | | |
| Аптека | | | |  | номер | | | найменування аптечного закладу (за наявності) | | | аптека, структурним підрозділом якої є аптечний пункт, мобільний аптечний пункт |
| Аптечний пункт | | | |  |
| Мобільний аптечний пункт | | | |  |
| Місцезнаходження аптеки/аптечного пункту (індекс, область, район, місто/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) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Реєстраційний номер мобільного аптечного пункту для здійснення роздрібної торгівлі лікарськими засобами | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Режим роботи | | | | | | | | | | | |
| з | \_\_ год. \_\_ хв. | | до\_\_ год. \_\_\_ хв. | | | | | вихідні дні | |  | |
| 3. Характеристика будівлі, в якій розміщено аптеку/аптечний пункт | | | | | | | | | | | |
| Створені необхідні умови для забезпечення доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщення аптеки/аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| 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   (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)  сертифікат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (реквізити сертифіката та ким виданий)  документально \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата, номер (за наявності), найменування документа) | | | | | | | | | | | |
| 4. Правова підстава для використання приміщення або мобільного аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| Приміщення/мобільний аптечний пункт використовується на праві | | | | | | | власності користування | | | | |
| Документ, що підтверджує право власності або користування приміщенням/мобільним аптечним пунктом (із зазначенням дати та номера) | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата, номер, найменування документа) | | | | |
| 5. Характеристика приміщення аптеки чи аптечного пункту/мобільного аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| Характеристика приміщення, в якому розміщено аптеку/аптечний пункт | | | | | | | | | | | |
| Ізольоване приміщення | | | | | | | так ні | | | | |
| Кількаповерхове приміщення | | | | | | | так ні  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 ні | | | | |
| Наявний загальний  вхідний тамбур | | | | | | | так ні  якщо “так”, то зазначається, з яким приміщенням, та не заповнювнюються відомості щодо наявності окремого самостійного виходу назовні  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Наявний окремий самостійний вихід назовні | | | | | | | так ні  якщо “ні”, то зазначається, де розташована аптека/аптечний пункт: 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”, то рівень підлоги залу обслуговування населення не нижчий/вищий планувального рівня землі більш як 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 аптеку/аптечний пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Приміщення розташоване у торговельному центрі (для аптек) | | | | | | | так ні  якщо “так”, зазначається поверх, на якому розташовано приміщення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Наявність інженерного обладнання для забезпечення функціонування аптеки/аптечного пункту: | | | | | | | | | | | |
| теплопостачання | | | | | | | наявне відсутнє | | | | |
| каналізація | | | | | | | наявна відсутня | | | | |
| Структура приміщення, в якому розміщено аптеку/аптечний пункт | | | | | | | | | | | |
| Загальна площа, у тому числі площа/зона: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. метрів | | | | |
| приміщень/зон торговельного залу | | | | | | | приміщення ≥ 18 кв. метрів  так ні | | | | |
|  | | | | | | | (для аптек, розташованих у містах) | | | | |
|  | | | | | | | приміщення ≥ 11 кв. метрів  так ні | | | | |
|  | | | | | | | (для аптек, розташованих у селищах) | | | | |
|  | | | | | | | зона ≥ 6 кв. метрів  так ні | | | | |
|  | | | | | | | (для аптек, розташованих у селах) | | | | |
| приміщень/зон для зберігання лікарських засобів | | | | | | | приміщення ≥ 10 кв. метрів  так 󠆷 ні | | | | |
|  | | | | | | | (для аптек/аптечних пунктів, розташованих у містах і селищах)  зона  так ні  (для аптек, розташованих у селах) | | | | |
| приміщень для персоналу/службово-побутових зон | | | | | | | приміщення для персоналу ≥ 8 кв. метрів  так ні | | | | |
|  | | | | | | | (для аптек/аптечних пунктів, розташованих у містах і селищах)  службово-побутова зона  так ні  (для аптек, розташованих у селах) | | | | |
| В аптеці/аптечному пункті наявні: | | | | | | |  | | | | |
| вбиральня із рукомийником | | | | | | | так ні | | | | |
| місце санітарної обробки рук | | | | | | | так ні | | | | |
| Характеристика мобільного аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| Марка, модель та тип мобільного аптечного пункту | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Рік випуску мобільного аптечного пункту | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Мобільний аптечний пункт зареєстрований відповідно до Порядку державної реєстрації (перереєстрації), зняття з обліку автомобілів, автобусів, а також самохідних машин, сконструйованих на шасі автомобілів, мотоциклів усіх типів, марок і моделей, причепів, напівпричепів, мотоколясок, інших прирівняних до них транспортних засобів та мопедів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 7 вересня  1998 р. № 1388 | | | | | | | так ні | | | | |
| Мобільний аптечний пункт пройшов обов’язковий технічний контроль та щодо нього складено протокол перевірки технічного стану згідно з Порядком проведення обов’язкового технічного контролю та обсягів перевірки технічного стану транспортних засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 30 січня 2012 р.  № 137 | | | | | | | так ні  якщо “ні”, зазначається законна підстава, що звільняє мобільний аптечний пункт від проходження обов’язкового технічного контролю згідно з Порядком проведення обов’язкового технічного контролю та обсягів перевірки технічного стану транспортних засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 30 січня 2012 р.  № 137, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Мобільний аптечний пункт не використовується одночасно двома і більше ліцензіатами з метою провадження господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами | | | | | | | так ні | | | | |
| 6. Облаштування аптеки/аптечного пункту/мобільного аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| Облаштування аптеки/аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| Облаштування мобільного аптечного пункту | | | | | | | | | | | |
| Наявність пристроїв реєстрації та здійснення контролю за температурою і відносною вологістю повітря | | | | | | | | | так ні | | |
| Наявність аптечки (лікарські та інші засоби, перелік яких затверджується ліцензіатом) для надання долікарської медичної допомоги | | | | | | | | | так ні | | |
| Наявність місця санітарної обробки рук | | | | | | | | | так ні | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. Відомості про кваліфікацію персоналу | |
| Відомості про завідувача аптеки/аптечного пункту: | |
| прізвище |  |
| власне 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 |  |
| власне ім’я |  |
| по батькові (за наявності) |  |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків\* |  |
| номер телефону |  |
| 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 надалі зобов’язуюся їх виконувати | |
| Уся надана у цих відомостях інформація є достовірною та повною | |
| Прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) 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, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті.”.