



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

від _____ 20 ____ р. № _____

На № _____ від _____.

Державна регуляторна служба України

На виконання вимог пункту 5 параграфу 33 глави 2 розділу 4 Регламенту Кабінету Міністрів України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 № 950, Міністерство охорони здоров'я України направляє на погодження проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я» (далі – проєкт постанови).

Просимо розглянути та погодити зазначений проєкт постанови в десятиденний термін.

Доводимо до відома, що проєкт постанови оприлюднений на офіційному вебсайті МОЗ «Головна – Документи – Громадське обговорення» за посиланням: <https://moz.gov.ua/uk/povidomlennya-pro-opriyudennya-proyektu-postanovi-kabinetu-ministriv-ukrayini-pro-vnesennya-zmin-do-licenzijnih-umov-provadhennya-gospodarskoyi-diyalnosti-bankiv-pupovinnoyi-krovi-inshih-tkanin-i-klitin-lyudini-zgidno-z-perelikom>

Додатки:

1. Проєкт постанови на 12 арк.;
2. Порівняльна таблиця до проєкту постанови на 23 арк.;
3. Пояснювальна записка до проєкту постанови на 3 арк.;
4. Аналіз регуляторного впливу до проєкту постанови на 14 арк.;
5. Повідомлення про оприлюднення проєкту постанови на 1 арк.

Перший заступник Міністра

Сергій ДУБРОВ

Леонід Торовець 0675978894



АСУД "ДОК ПРОВ З"
Міністерство охорони здоров'я України
17-02/3779/2-25 від 31.01.2025
Підписаний КЕП Дубров Сергій Олександрович
3FAA9268358EC0030400005231A30001E15B400

Міністерство охорони здоров'я України
17-02/3779/2-25 від 31.01.2025





КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від _____ № _____

Київ

Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я

Кабінет Міністрів України **постановляє:**

1. Внести до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 р. № 286 (Офіційний вісник України, 2016 р., № 30, ст. 1185; 2024 р., № 2, ст. 45), зміни, що додаються.

2. Ця постанова набирає чинності через два місяці з дня її опублікування.

Прем'єр-міністр України

Д. ШМИГАЛЬ

В. Лашко *Д. Шмигаль*



ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України
від _____ № _____

ЗМІНИ,

що вносяться до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я

1. У пункті 4:

1) абзац третій викласти в такій редакції:

«копія паспорта керівника здобувача ліцензії (або його уповноваженого представника) із відміткою контролюючого органу про наявність у них права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта громадянина України (подається тільки фізичними особами – підприємцями, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган)»;

2) в абзаці четвертому слова «у паперовій формі» замінити словами «шляхом особистого звернення».

2. Пункт 5 викласти в такій редакції:

«5. У разі наміру припинення провадження діяльності банків пуповинної крові повністю ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» до органу ліцензування заяву про припинення провадження діяльності банків пуповинної крові повністю згідно з додатком 7.».

3. У пункті 6¹ слово «резидентів» замінити словами «та/або торговельних відносин з резидентами».

4. В абзаці першому пункту 6² після слів «або уповноваженою ними особою» доповнити словами «власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги"».

5. Пункт 12 викласти в такій редакції:

«12. Ліцензіат зобов'язаний повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (шляхом особистого звернення, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання

таких змін. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися.»

6. В абзаці першому пункту 14 слова «для вільного доступу до» замінити словами «для вільного доступу особам з інвалідністю та інших».

7. У додатках до Ліцензійних умов:

1) додаток 1 викласти в такій редакції:

«Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України від _____ р. № _____)

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини

Здобувач ліцензії _____
(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (заресстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

_____ (місце (місця) провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини)*

_____ (для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

_____ реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця)

_____ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

_____ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону здобувача ліцензії: _____

адреса електронної пошти здобувача ліцензії: _____

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини.

“ ____ ” _____ 20__ р.

(підпис здобувача ліцензії або
іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

“ ____ ” _____ 20__ р.

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини.»;

2) у додатку 2 слово «резидентів» замінити словами «та/або торговельних відносин з резидентами»;

3) додатки 3–6 викласти в такій редакції:

«Додаток 3
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України від _____ р. № _____)».

ОПИС

документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії
на провадження господарської діяльності банків
пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

від _____

(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

(для юридичних осіб – ідентифікаційний код, для фізичних осіб – підприємців)

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер
паспорта фізичної особи – підприємця

(для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

(відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)

Дата і номер реєстрації заяви "___" _____ 20__ р. № _____

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
------------------	------------------------	-------------------------------

Прийняв _____ документів _____
 (кількість документів) (підпис відповідальної особи) (власне ім'я та прізвище)

"___" _____ 20__ р.

 (підпис здобувача ліцензії або іншої уповноваженої особи)

 (власне ім'я та прізвище)

"___" _____ 20__ р.;

Додаток 4
 до Ліцензійних умов
 (в редакції постанови Кабінету Міністрів
 України від _____ р. № _____)

Міністерство охорони здоров'я України
 (найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
 про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Спадкоємець _____
 (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

 (інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи - підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання)

(відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

Номер телефону спадкоємця: _____

Адреса електронної пошти спадкоємця _____

Прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

(зазначається дата та номер рішення про видачу

ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
------------------	------------------------	-------------------------------

“ ___ ” _____ 20__ р.

(підпис спадкоємця або іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

“ ___ ” _____ 20__ р. № _____

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

Додаток 5
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України від _____ р. № _____)

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків цуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Ліцензіат	(повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)
Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця	(індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.)
Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання	
Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)	
Адреса електронної пошти ліцензіата	

Номер телефону ліцензіата	
Адреса веб-сайту (за наявності) ліцензіата	
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи	
Форма власності юридичної особи	

Прошу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

_____ (зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиниться повністю)

строком до "___" _____ 20__ р., у зв'язку з _____

(обов'язково зазначається причина зупинення ліцензії повністю)

Я усвідомлений (усвідомлена) про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності" зупинення дії ліцензії повністю становить не більш як шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення дії ліцензії повністю.

Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

"___" _____ 20__ р.

_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

"___" _____ 20__ р. № ___

_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)

_____ (власне ім'я та прізвище)

Додаток 6
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів
України від _____ р. № _____)

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Ліцензіат	(повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)
Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця	(індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)
Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання	
Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)	
Адреса електронної пошти ліцензіата	

Номер телефону ліцензіата	
Адреса веб-сайту (за наявності) ліцензіата	
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи	
Форма власності юридичної особи	

Прошу відновити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини _____

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)

з "___" _____ 20__ р., у зв'язку з _____

(обов'язково зазначається причина відновлення ліцензії повністю)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю

_____ додається на ___ арк.;

_____ додається на ___ арк.

(зазначається найменування документа, дата та його номер)

"___" _____ 20__ р.

_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

_____ (власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

"___" _____ 20__ р. № _____

_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)

_____ (власне ім'я та прізвище)

»;

4) доповнити Ліцензійні умови додатком 7 такого змісту:

«Додаток 7
до Ліцензійних умов

Міністерство охорони здоров'я України
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

про припинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

Ліцензіат	(повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)
Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця	(індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)
Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання	
Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону	
Адреса електронної пошти ліцензіата	

Номер телефону ліцензіата	
Адреса веб-сайту (за наявності) ліцензіата	
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи	
Форма власності юридичної особи	

Прошу припинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини _____

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)

“ ___ ” _____ 20__ р.

(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Дата і номер реєстрації заяви

“ ___ ” _____ 20__ р. № ____

(підпис особи, яка прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

».

B. Vashko

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я»

1. Мета

Проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я» (далі – проєкт постанови) розроблений з метою приведення Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 286, у відповідність до Закону України від 10 жовтня 2024 року № 4017-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України "Про адміністративну процедуру"» (далі – Закон України № 4017).

2. Обґрунтування необхідності прийняття акта

Пунктом 131 розділу I Закону України № 4017 внесено зміни до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», зокрема в частині вимог до ліцензійних умов.

За результатами проведеного аналізу визначено, що Ліцензійні умови, потребують доповнення положеннями щодо:

- припинення дії ліцензії повністю або частково;
- інформації, яка передбачається в заяві про отримання та/або переоформлення ліцензії, зупинення та/або відновлення дії ліцензії;
- строків повідомлення ліцензіатами органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії;
- способів подачі заяви про отримання ліцензії власноручно.

3. Основні положення проєкту акта

Проєкт постанови передбачає внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 286.

4. Правові аспекти

- У даній сфері суспільних відносин діють такі нормативно-правові акти: Конституція України;
- Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності»;
- Закон України «Про адміністративну процедуру»;
- Закон України «Про захист економічної конкуренції».

5. Фінансово-економічне обґрунтування

Реалізація проєкту постанови не потребує фінансування з державного та/або місцевих бюджетів.

6. Позиція заінтересованих сторін

Проєкт постанови потребує проведення публічних консультацій.

Проєкт постанови потребує погодження з Державною регуляторною службою України, Міністерством цифрової трансформації України, Міністерством економіки України, Міністерством фінансів України, Уповноваженим Верховної ради України з прав людини.

Проєкт постанови потребує проведення правової експертизи в Міністерстві юстиції України.

Проєкт постанови не стосується питань соціально-трудової сфери, функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, тому не потребує погодження із уповноваженими представниками всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування чи відповідними органами місцевого самоврядування, уповноваженими представниками всеукраїнських профспілок, їх об'єднаннями та всеукраїнськими об'єднаннями організацій роботодавців.

Проєкт постанови не стосується сфери наукової та науково-технічної діяльності.

7. Оцінка відповідності

Проєкт постанови не містить положень, що стосуються зобов'язань України у сфері європейської інтеграції, прав та свобод, гарантованих Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, впливають на забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, не містять ризику вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією, не створюють підстав для дискримінації.

Проєкт постанови потребує направлення до Урядового офісу координації європейської та євроатлантичної інтеграції Секретаріату Кабінетів Міністрів для проведення експертизи на відповідність зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції, у тому числі міжнародно-правовим, та праву Європейського Союзу (acquis CC).

Проєкт постанови потребує направлення до Національного агентства з питань запобігання корупції для визначення необхідності проведення антикорупційної експертизи.

Громадська антидискримінаційна, антикорупційна та гендерно-правова експертиза не проводилися.

8. Прогноз результатів

Реалізація проєкту постанови матиме вплив на ринкове середовище та права, інтереси суб'єктів господарювання, які проваджують господарську

діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я.

Реалізація проєкту постанови не матиме впливу на ринкове середовище, забезпечення захисту прав та інтересів громадян і держави; розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад; ринок праці, рівень зайнятості населення; громадське здоров'я, покращення чи погіршення стану здоров'я населення або його окремих груп; екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного повітря, води, земель, зокрема забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

Вплив на інтереси заінтересованих сторін:

Заінтересована сторона	Вплив реалізації акта на заінтересовану сторону	Пояснення очікуваного впливу
Суб'єкти господарювання	Позитивний	Визначення чітких дій та способів для отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я
Держава	Позитивний	Приведення Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 286, у відповідність до Закону України № 4017

Міністр охорони здоров'я України



Віктор ЛЯШКО

«__» _____ 2025 р.

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта
<p>4. Здобувач ліцензії для її отримання подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про отримання ліцензії за формою згідно з додатком 1, до якої додаються:</p> <p>відомості про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (додаток 2);</p> <p>копія паспорту керівника здобувача ліцензії (або довіреної особи) із відміткою органу доходів і зборів про відмову через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків (подається тільки фізичними особами - підприємцями, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному органу доходів і зборів);</p> <p>опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.</p>	<p>4. Здобувач ліцензії для її отримання подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», до органу ліцензування заяву про отримання ліцензії за формою згідно з додатком 1, до якої додаються:</p> <p>відомості про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (додаток 2);</p> <p>копія паспорту керівника здобувача ліцензії (або його уповноваженого представника) із відміткою контролюючого органу про наявність у них права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорту громадянина України (подається тільки фізичними особами – підприємцями, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган);</p> <p>опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів шляхом особистого звернення.</p>
<p>5. Ліцензіати, які отримали ліцензію до набрання</p>	<p>5. У разі наміру припинення провадження діяльності</p>

<p>чинності цими Ліцензійними умовами, протягом шести місяців з моменту набрання чинності цими Ліцензійними умовами повинні привести свою діяльність у відповідність із цими Ліцензійними умовами.</p>	<p>банків пуповинної крові повністю ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» до органу ліцензування заяву про припинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові згідно з додатком 7.</p>
<p>6¹. Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про захист економічної конкуренції") резидентів держав, що здійснюють збройну агресію проти України (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про оборону України") та/або ді яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України.</p>	<p>6¹. Здобувач ліцензії, ліцензіат, спадкоємець не можуть перебувати прямо чи опосередковано під контролем (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про захист економічної конкуренції") та/або торгівельних відносин з резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України (у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про оборону України") та/або ді яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України.</p>
<p>6². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності" та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та засвідчені здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем або уповноваженою ними особою відповідно до Закону України "Про електронний підпис" відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги". У разі оформлення документів, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем у паперовій формі, вони складаються за допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт друкарського пункту) або оформляються рукописним способом (друкованими буквами та шифрами), а сторінки відомостей про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для</p>	<p>6². Документи, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем відповідно до Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності" та цих Ліцензійних умов, повинні бути викладені державною мовою та засвідчені здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем або уповноваженою ними особою власноручно або з використанням електронного підпису відповідно до вимог Закону України "Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги". У разі оформлення документів, що складаються здобувачем ліцензії, ліцензіатом, спадкоємцем у паперовій формі, вони складаються за допомогою друкувальних засобів (застосовується шрифт розміром не менше 12 друкарського пункту) або оформляються рукописним способом (друкованими буквами та шифрами), а сторінки відомостей про стан матеріально-</p>

<p>провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (додаток 2), нумеруються.</p>	<p>технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (додаток 2), нумеруються.</p>
<p>12. Ліцензіат зобов'язаний повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які зазначалися в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії.</p> <p>Письмове повідомлення про зміни передається будь-яким зручним для ліцензіата способом (наочно, поштовим відправленням або в електронному вигляді) не пізніше ніж протягом одного місяця з дня настання таких змін. У повідомленні зазначаються виключно ті відомості, які змінилися.</p>	<p>12. Ліцензіат зобов'язаний повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії. Повідомлення про зміни даних надсилається у будь-який зручний для ліцензіата спосіб (шляхом особистого звернення, поштовим відправленням або в електронному вигляді) у місячний строк з дня настання таких змін. До повідомлення додаються відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня (додаток 2), у яких зазначаються тільки відомості, які змінилися.</p>
<p>14. Діяльність банків пуповинної крові провадиться в нежитлових приміщеннях, які ізолювані від інших приміщень, в яких створено необхідні умови для вільного доступу до маломобільних груп населення відповідно до державних будівельних норм і правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень.</p>	<p>14. Діяльність банків пуповинної крові провадиться в нежитлових приміщеннях, які ізолювані від інших приміщень, в яких створено необхідні умови для вільного доступу особам з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до державних будівельних норм і правил, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень.</p>
<p>Додаток 1 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 листопада 2023 р. № 1245)</p>	<p>Додаток 1 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ р. № _____)</p>

<p style="text-align: center;">_____ (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА</p> <p>про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пулової крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>Здобувач ліцензії _____ (найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місце (місяць) провадження господарської діяльності банків пулової крові, інших тканин і клітин людини)*</p> <p>_____ (для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)</p> <p>_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p> <p>адреса електронної пошти _____</p> <p>Прому видати ліцензію на провадження господарської діяльності банків пулової крові, інших тканин і клітин людини.</p> <p style="text-align: right;">* * * 20__ Р. _____ (підпис здобувача ліцензії або іншої уповноваженої особи) _____ (вказати ім'я та прізвище)</p>	<p style="text-align: center;">Міністерство охорони здоров'я України (найменування органу ліцензування)</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВА</p> <p>про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пулової крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>Здобувач ліцензії _____ (повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (місце (місяць) провадження господарської діяльності банків пулової крові, інших тканин і клітин людини)*</p> <p>_____ (для юридичних осіб - ідентифікаційний код, для фізичних осіб - підприємців - реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи - підприємця)</p> <p>_____ (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання</p> <p>_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)</p> <p>_____ (відомості про уповноваженого представника здобувачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти, номер телефону)</p> <p style="text-align: right;">номер телефону здобувача ліцензії: _____</p>
---	--

<p>МП (за наявності) _____</p> <p>Дата і номер _____ <small>(підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</small></p> <p>ресстрації заяви _____</p> <p>“ ____ ” _____ 20__ р.</p> <p>* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини.</p>	<p>адреса електронної пошти здобувача ліцензій: _____</p> <p>Проху видати ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини.</p> <p>“ ____ ” _____ 20__ р. <small>(підпис здобувача ліцензії або іншої уповноваженої особи) (власне ім'я та прізвище)</small></p> <p>МП (за наявності) _____</p> <p>Дата і номер _____ <small>(підпис особи, яка прийняла заяву) (власне ім'я та прізвище)</small></p> <p>ресстрації заяви _____</p> <p>“ ____ ” _____ 20__ р.</p> <p>* Зазначаються всі місця провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини.</p>
<p>Додаток 2 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 листопада 2023 р. № 1245)</p> <p>ВІДОМОСТІ</p> <p>про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p><small>(найменування (повне найменування) юридичної особи або фізичної, власне ім'я та по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</small></p> <p>1. Реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою</p>	<p>Додаток 2 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 листопада 2023 р. № 1245)</p> <p>ВІДОМОСТІ</p> <p>про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, необхідних для провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p><small>(найменування (повне найменування) юридичної особи або фізичної, власне ім'я та по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</small></p> <p>1. Реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою для</p>

для користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням/договір оренди, свідоцтво про право власності тощо), _____

користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням/договір оренди, свідоцтво про право власності тощо), _____

2. Інформація про адресу (адреси) місця (місць) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (зазначається за кожною адресою окремо)

2. Інформація про адресу (адреси) місця (місць) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (зазначається за кожною адресою окремо)

<p>Адреса (адреси) місця (місць) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, приміщення тощо)</p>	<p>Перелік тканин і клітин людини, з якими дозволена діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини <small>(необхідно зазначити)</small></p>
<p><input type="checkbox"/> пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> плацента та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові;</p>	<p><input type="checkbox"/> пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> плацента та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові;</p>

<p>Адреса (адреси) місця (місць) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, приміщення тощо)</p>	<p>Перелік тканин і клітин людини, з якими дозволена діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини <small>(необхідно зазначити)</small></p>
<p><input type="checkbox"/> пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> плацента та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові;</p>	<p><input type="checkbox"/> пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> плацента та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові;</p>

<p><input type="checkbox"/> сполучна тканина та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> тканина яєчника/яєчка;</p> <p><input type="checkbox"/> матеріал ембріофетального походження та виділені з нього клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> молочні зуби та виділені з них клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> інші тканини і клітини людини, затверджені МОЗ</p> <p style="text-align: right;"><small>(необов'язко зазначити)</small></p>	<p><input type="checkbox"/> сполучна тканина та виділені з неї клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> тканина яєчника/яєчка;</p> <p><input type="checkbox"/> матеріал ембріофетального походження та виділені з нього клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> молочні зуби та виділені з них клітини;</p> <p><input type="checkbox"/> інші тканини і клітини людини, затверджені МОЗ</p> <p style="text-align: right;"><small>(необов'язко зазначити)</small></p>																																																																		
<p>3. Характеристика будівлі (приміщення), в якій (якому) розміщено банк пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, за адресою</p> <p style="text-align: center;"><small>(заповнюється за кожним адресою окремо і зазначеною адресою, областю, районом, містом/селом/міським/сільським поселенням, вулицю, будинок, приміщення тощо)</small></p>	<p>3. Характеристика будівлі (приміщення), в якій (якому) розміщено банк пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, за адресою</p> <p style="text-align: center;"><small>(заповнюється за кожним адресою окремо і зазначеною адресою, областю, районом, містом/селом/міським/сільським поселенням, вулицю, будинок, приміщення тощо)</small></p>																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>1. Ізольоване (має окремий вхід)</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Вбудоване (прибудоване)</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Окреме приміщення</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Розміщене у нежитловому будинку</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Розміщене на цокольному поверсі</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Розміщене в підвалі</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Приміщення розміщується</td> <td>на _____ поверсі (поверхах)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</td> <td>_____ поверх (поверхи)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Опалення приміщення:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) централізоване</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2) локального обігріву</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Ізольоване (має окремий вхід)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	2. Вбудоване (прибудоване)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	3. Окреме приміщення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	4. Розміщене у нежитловому будинку	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	5. Розміщене на цокольному поверсі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	6. Розміщене в підвалі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	7. Приміщення розміщується	на _____ поверсі (поверхах)		8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини	_____ поверх (поверхи)		9. Опалення приміщення:			1) централізоване	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	2) локального обігріву	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>1. Ізольоване (має окремий вхід)</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Вбудоване (прибудоване)</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Окреме приміщення</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Розміщене у нежитловому будинку</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Розміщене на цокольному поверсі</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Розміщене в підвалі</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Приміщення розміщується</td> <td>на _____ поверсі (поверхах)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</td> <td>_____ поверх (поверхи)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Опалення приміщення:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1) централізоване</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2) локального обігріву</td> <td>так <input type="checkbox"/></td> <td>ні <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Ізольоване (має окремий вхід)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	2. Вбудоване (прибудоване)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	3. Окреме приміщення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	4. Розміщене у нежитловому будинку	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	5. Розміщене на цокольному поверсі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	6. Розміщене в підвалі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	7. Приміщення розміщується	на _____ поверсі (поверхах)		8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини	_____ поверх (поверхи)		9. Опалення приміщення:			1) централізоване	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	2) локального обігріву	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
1. Ізольоване (має окремий вхід)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
2. Вбудоване (прибудоване)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
3. Окреме приміщення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
4. Розміщене у нежитловому будинку	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
5. Розміщене на цокольному поверсі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
6. Розміщене в підвалі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
7. Приміщення розміщується	на _____ поверсі (поверхах)																																																																		
8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини	_____ поверх (поверхи)																																																																		
9. Опалення приміщення:																																																																			
1) централізоване	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
2) локального обігріву	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
1. Ізольоване (має окремий вхід)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
2. Вбудоване (прибудоване)	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
3. Окреме приміщення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
4. Розміщене у нежитловому будинку	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
5. Розміщене на цокольному поверсі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
6. Розміщене в підвалі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
7. Приміщення розміщується	на _____ поверсі (поверхах)																																																																		
8. Кількість поверхів, що застосовується для провадження господарської діяльності банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини	_____ поверх (поверхи)																																																																		
9. Опалення приміщення:																																																																			
1) централізоване	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	
2) локального обігріву	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>																																																																	

3) індивідуальне	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
10. Система вентиляції:				
1) припливно-витяжна	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
2) витяжна вентиляція	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
11. Водопостачання:				
1) централізоване водопостачання	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
2) постачання гарячої води	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
12. Централізоване водовідведення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
13. Забезпеченість умовами для миття та антисептичної обробки рук персоналу	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
14. Приміщення облаштоване та оздоблене матеріалами, стійкими до дезінфекційних засобів	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
15. Забезпеченість засобами передстерилізаційного очищення та стерилізації медичних виробів	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>

4. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності банків пулопвинної крові, інших тканин і клітин людини

Прізвище, ініціали (ініціал власного імені) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення
Порядковий номер		

4. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності банків пулопвинної крові, інших тканин і клітин людини

Прізвище, ініціали (ініціал власного імені) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення
Порядковий номер		

<p>груп населення або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень</p> <p>(зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, ініціали (повне власного імені осіб, які підписали цей документ)</p>			<p>груп населення або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень</p> <p>(зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, ініціали (повне власного імені осіб, які підписали цей документ)</p>			
---	--	--	---	--	--	--

5. Перелік наявних приміщень та їх оснащення

<p>Порядковий номер</p>	<p>Найменування структурного підрозділу та адреси місця провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людчини (зазначається місце/область)</p>	<p>Перелік оснащення (медичні вироби та виробничого призначення) із найменування виробника, моделі</p>	<p>Технічний стан, рік випуску</p>
<p>Р</p>	<p>Найменування приміщення (кабінету) та його площа</p>	<p>кількість</p>	<p>ку</p>

5. Перелік наявних приміщень та їх оснащення

<p>Порядковий номер</p>	<p>Найменування структурного підрозділу та адреси місця провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людчини (зазначається місце/область, райоб, місто/область)</p>	<p>Найменування приміщення (кабінету) та його площа</p>	<p>Перелік оснащення (медичні вироби та виробничого призначення) із найменування виробника, моделі</p>	<p>Технічний стан, рік випуску</p>
<p>Р</p>	<p>Найменування приміщення (кабінету) та його площа</p>	<p>кількість</p>	<p>найменування</p>	<p>у</p>

	Ім'я/середнє/прізвище (у повній формі, з проміжними ініціалами)		
--	---	--	--

Загальна площа приміщень _____

6. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають повірці _____

Поря д- к и номе р	Сфера застосування засобів вимірювальної техніки	Найменування засобів вимірювальної техніки	Кіл ь- кіст ь	Дата останньої повірки	Реквізити документа про повірку
-----------------------------------	--	---	------------------------	------------------------------	---------------------------------------

7. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників _____

Поря д- к овий номер	Прізвище, с. власне ім'я, по батькові (за наявності)	Займан а посада праців- ника	Дата і номер доку- мента щодо прий- няття на робот у	Основна робота або за сумісництв ом (фізична особа - підприємств ь зазначає дату, з якої займається таким видом діяльності)	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Документ, який підтверджує кваліфікацію
----------------------------------	--	--	---	---	---	--

8. Відомості про керівника банку пуловинної крові, інших тканин і клітин людини _____

Поря д- к овий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Зай- мана поса да	Дата і номер документ а щодо прийнят тя на	Основна робота або за сумісн и- т-вом	Відомості про освіту (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)
----------------------------------	---	----------------------------	---	--	---

	район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, приміщення (тощо)		
--	---	--	--

Загальна площа приміщень _____

6. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають повірці _____

Поря д- к и номе р	Сфера застосуванн я засобів вимірюваль ної техніки	Найменува ння засобів вимірюваль ної техніки	Кіл ь- кіст ь	Дата останньої повірки	Реквізити документа про повірку
-----------------------------------	--	---	------------------------	------------------------------	---------------------------------------

7. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників _____

Поря д- к овий номер	Прізвище с. власне ім'я, по батькові (за наявності)	Займан а посада праців- ника	Дата і номер доку- мента щодо прий- няття на робот у	Основна робота або за сумісництв ом (фізична особа - підприємств ь зазначає дату, з якої займається таким видом діяльності)	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Документ, який підтверджує кваліфікацію
----------------------------------	---	--	---	---	---	--

8. Відомості про керівника банку пуловинної крові, інших тканин і клітин людини _____

Поря д- к овий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові	Зай- мана поса да	Дата і номер документ або за	Основна робота або за	Відомості про освіту (спеціальність,
----------------------------------	--	----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	--

номер	(за наявності)	да	а щодо прийняття на посаду керівника	сумісний цт-вом	серія, номер, дата, ким видано)
-------	----------------	----	--------------------------------------	-----------------	---------------------------------

9. Відомості про стаж роботи керівника банку пуловинної крові, інших інших тканин і клітин людини 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 у	Дата	Відомості про прийняття на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
--	----------------	------	---	--

Відсутність здійснення контролю за діяльністю

(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному 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 (ознайомлена), що подання аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її анулювання відповідно до статей 13 та 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

			посаду керівника	
--	--	--	------------------	--

9. Відомості про стаж роботи керівника банку пуловинної крові, інших тканин і клітин людини 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 у	Дата	Відомості про прийняття на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посланням на статтю Кодексу законів про працю України	Реквізити документа (назва, дата та номер)
--	----------------	------	---	--

Відсутність здійснення контролю за діяльністю

(найменування суб'єкта господарювання)

у значенні, наведеному в статті 1 Закону України "Про захист економічної конкуренції", та/або **торгівельних відносин з 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 (ознайомлена), 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 та 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

<p>“ ____ ” ____ 20__ Р. _____ <small>(пілісне ліцензіата, зобулучач ліцензії, спідкошмія або іншої уповноваженої особи)</small></p> <p>МП (за наявності)</p>	<p>“ ____ ” ____ 20__ Р. _____ <small>(власне ім'я та прізвище)</small></p> <p>МП (за наявності)</p>						
<p>Додаток 3 до Ліцензійних умов в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 листопада 2023 р. № 1245)</p> <p>ОПИС</p> <p>документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>від _____ <small>(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</small></p> <p>(для юридичних осіб - код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб - підприємців - реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та/або номер паспорту фізичної особи - підприємця, квм і коли виданий (у разі відомої через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви “ ____ ” ____ 20__ Р. № _____</p>	<p>Додаток 3 до Ліцензійних умов в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ Р. № _____)</p> <p>ОПИС</p> <p>документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>від _____ <small>(повне найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</small></p> <p>(для юридичних осіб - ідентифікаційний код, для фізичних осіб - підприємців реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорту фізичної особи - підприємця</p> <p>(для фізичних осіб, які мають візмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорту)</p> <p>(відомості про уповноваженого представника зобулучачем ліцензії: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорту (для фізичних осіб, які мають візмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорту)</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви “ ____ ” ____ 20__ Р. № _____</p>						
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1183 1867 1356 2076">Порядковий номер</td> <td data-bbox="1183 1135 1356 1867">Найменування документа</td> <td data-bbox="1356 1135 1428 2076">Кількість аркушів у документі</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> </table>	Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі			1	
Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі					
		1					

<p>Прийняв _____ документів (кількість документів) _____ _____ р.</p> <p>(підпис відповідальної особи) _____ (власне ім'я та прізвище)</p> <p>Прийняв _____ документів (кількість документів) _____ _____ р.</p> <p>(підпис зобувача ліцензії або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)</p> <p>.. .. 20__ р.</p>	<p>Порядковий номер _____</p> <p>Найменування документа _____</p> <p>Кількість аркушів у документі _____</p>
<p>Додаток 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 листопада 2023 р. № 1245) _____ (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>Спадкоємць _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p>	<p>Додаток 4 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ р. № _____)</p> <p>Міністерство охорони здоров'я України (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>Спадкоємць _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p>

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підримця)
 (інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (посребування)
 фізичної особи - підпримця)

(місце (місця) провадження господарської діяльності з медичної практики)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та/або номер паспорта фізичної особи - підпримця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)

Прочу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини

(зазначається дата та номер рішення про видачу

ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість у документі	аркушів
------------------	------------------------	-----------------------	---------

" ___ 20__ р.

(власне ім'я та прізвище)
 або іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

Дата і номер реєстрації заяви

(власне ім'я та прізвище заяву)

(власне ім'я та прізвище)

" ___ 20__ р.

№ ___

(інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (посребування)
 фізичної особи - підпримця)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи - підпримця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кішечного (термінального) обладнання)

(відомості про уповноваженого представника спадкоємця: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)

номер телефону спадкоємця: _____

адреса електронної пошти спадкоємця _____

Прочу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини

(зазначається дата та номер рішення про видачу

ліцензії, яка переоформляється)

До заяви додаю

Порядковий номер	Найменування документа	Кількість аркушів у документі
------------------	------------------------	-------------------------------

" ___ 20__ р.

(власне ім'я та прізвище уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

	<p>Дата і номер реєстрації заяви _____ _____ р. № _____ (повне ім'я та прізвище заяву) _____ (повне ім'я та прізвище) _____</p>
<p>Додаток 5 до Ліцензійних умов органу ліцензування</p> <p>ЗАЯВА про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини</p>	<p>Додаток 5 до Ліцензійних умов (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ р. № _____)</p> <p>Міністерство охорони здоров'я України (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про зупинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини</p>
<p>Ліцензіат</p> <p>Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця (код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб), для фізичних осіб - підприємців - реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності),</p>	<p>Ліцензіат</p> <p>Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p> <p>Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичних осіб - підприємців та громадських формувань (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p>
	<p>Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для</p>

серія (за наявності) та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця, ким і коли виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків Адреса електронної пошти Номер телефону	фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання
Адреса веб-сайту (за наявності) Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи Форма власності юридичної особи	Відомості про уповноваженого представника ліцензіата:
Прошу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловної крові, інших тканин і клітин людини (зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю) строком до " ____ " _____ 20 ____ р., у зв'язку 3 _____ (обов'язково зазначається причина зупинення ліцензії повністю)	прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)
Я усвідомлений (усвідомлена) про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності" зупинення дії ліцензії повністю становить не більш як шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення дії ліцензії повністю. Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України "Про ліцензування видів господарської	Адреса електронної пошти ліцензіата

<p>діяльності”.</p> <p>“ ___ ” ___ 20__ р.</p> <p>Дата і номер реєстрації заяви “ ___ ” ___ 20__ р. № ___</p> <p>_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) МП (за наявності)</p> <p>_____ (власне ім'я та прізвище)</p> <p>_____ (підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)</p>	<p>Номер телефону ліцензіата</p> <p>Адреса веб-сайту (за наявності) ліцензіата</p> <p>Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи</p> <p>Форма власності юридичної особи</p>
<p>Прочшу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>_____ (зазначається дата за номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)</p> <p>строком до “ ___ ” ___ 20__ р., у зв'язку _____</p> <p>3 _____ (обов'язково зазначається причина зупинення ліцензії повністю)</p> <p>Я усвідомлений (усвідомлена) про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” зупинення дії ліцензії повністю становить не більш як шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення дії ліцензії повністю.</p> <p>Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.</p> <p>“ ___ ” ___ 20__ р.</p> <p>_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)</p> <p>МП (за наявності)</p>	<p>Прочшу зупинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини</p> <p>_____ (зазначається дата за номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)</p> <p>строком до “ ___ ” ___ 20__ р., у зв'язку _____</p> <p>3 _____ (обов'язково зазначається причина зупинення ліцензії повністю)</p> <p>Я усвідомлений (усвідомлена) про те, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” зупинення дії ліцензії повністю становить не більш як шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення дії ліцензії повністю.</p> <p>Про відновлення дії ліцензії повністю зобов'язуюся повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.</p> <p>“ ___ ” ___ 20__ р.</p> <p>_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)</p> <p>МП (за наявності)</p>

	<p>Дата і номер реєстрації заяви _____</p> <p>“ ____ ” ____ 20__ р. № _____ (підпис особи, яка прийшла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)</p>
<p>Додаток 6 до Ліцензійних умов _____ (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловної крові, інших тканин і клітин людини</p>	<p>Додаток 6 до Ліцензійних умов в редакції постанови Кабінету Міністрів України від _____ р. № _____)</p> <p>Міністерство охорони здоров'я України (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА про відновлення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловної крові, інших тканин і клітин людини</p>
<p>Ліцензіат _____</p>	<p>Ліцензіат _____ (повне найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</p>
<p>Місцезнаходження юридичної особи/ інформация про зареєстроване місце проживання (перевбування) фізичної особи - підприємця _____</p>	<p>Місцезнаходження юридичної особи/ інформация про зареєстроване місце проживання (перевбування) фізичної особи - підприємця _____ (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)</p>
<p>Код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб), для фізичних осіб - підприємців - реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності) та/або номер паспорта фізичної особи - підприємця, ким і коли _____</p>	<p>Ліцензійний код (для юридичних осіб), для _____ (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)</p>

<p>випадній (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття ресстраційного номера облікової картки платника полатків</p> <p>Адреса електронної пошти _____</p> <p>Номер телефону _____</p> <p>Адреса веб-сайту (за наявності) _____</p> <p>Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи Форма власності юридичної особи _____</p>	<p>фізичних осіб – підприємців ресстраційний номер облікової картки платника полатків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінцевого (термінального) обладнання</p>
<p>Прошу відновити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків упововненої кроні, інших тварин і клітин людини _____</p> <p>(значиться дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю) з " ____ " 20 ____ р., у зв'язку з _____</p> <p>(обов'язково значиться причина відновлення ліцензії повністю)</p> <p>Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю _____ додається на ____ арк., _____ додається на ____ арк. (значиться найменування документа, дата та його номер)</p> <p>" ____ " 20 ____ р. _____ (вказує та/а та ар/зміне) уповноваженої особи) МП (за наявності)</p>	<p>Відомості про уновноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), ресстраційний номер облікової картки платника полатків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)</p>
<p>Дата і номер ресстрації _____</p>	<p>Адреса електронної пошти ліцензіата _____</p>

Заяви
 " ____ " ____ 20 ____ р. № ____
 (підпис особи, яка прийняла заяву)

 (власне ім'я та прізвище)

Номер телефону ліцензіата

Адреса веб-сайту (за наявності) ліцензіата

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи

Форма власності юридичної особи

Прошу відновити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків вуповинної крові, інших тканин і клітин людини

(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)

з " ____ " ____ 20 ____ р., у зв'язку з _____

(обов'язково зазначається причина відновлення ліцензії повністю)

Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю

додається на _____

арк.;

додається на _____ арк.

(зазначається найменування документа, дата та його номер)

" ____ " ____ 20 ____ р.

(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

	<p>Дата і номер реєстрації заяви _____ _____ р. _____ № _____</p> <p>(підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)</p>						
<p>Відсутній</p>	<p>Додаток 7 до Ліцензійних умов</p> <p><u>Міністерство охорони здоров'я України</u> (найменування органу ліцензування)</p> <p>ЗАЯВА</p> <p>про припинення дії ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловної крові, інших тканин і клітин людини</p>						
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="722 727 958 1137">Ліцензіат</td> <td data-bbox="722 168 958 727">(нове найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="958 727 1218 1137">Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця</td> <td data-bbox="958 168 1218 727">(місце, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1218 727 1411 1137">Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника</td> <td data-bbox="1218 168 1411 727"></td> </tr> </table>	Ліцензіат	(нове найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)	Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця	(місце, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)	Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника	
Ліцензіат	(нове найменування юридичної особи згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань/ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)						
Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (зарєєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи - підприємця	(місце, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, квартира, офіс тощо згідно з Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)						
Ідентифікаційний код (для юридичних осіб), для фізичних осіб – підприємців реєстраційний номер облікової картки платника							

	<p>податків (за наявності), серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи – підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), номер абонента кінематографічного (термінального) обладнання</p>	
	<p>Відомості про уповноваженого представника ліцензіата: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності), серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта), адреса електронної пошти та номер телефону)</p>	
	<p>Адреса електронної пошти ліцензіата</p>	
	<p>Номер телефону ліцензіата</p>	
	<p>Адреса веб-сайту (за наявності) ліцензіата</p>	

	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи Форма власності юридичної особи
Прошу припинити дію ліцензії повністю на провадження господарської діяльності банків пуловинної крові, інших тканин і клітин людини	
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)	
" ____ " ____ 20__ р.	_____ (підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи)
МП (за наявності)	
Дата і номер реєстрації заяви	
" ____ " ____ 20__ р. № _____	_____ (підпис особи, яка прийняла заяву)

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

« ____ » _____ 2025 р.

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

до проєкту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я»

I. Визначення проблеми

Проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я» (далі – проєкт постанови) розроблений з метою приведення Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 286, у відповідність до Закону України від 10 жовтня 2024 року № 4017-ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України "Про адміністративну процедуру"» (далі – Закон України № 4017).

Пунктом 131 розділу I Закону України № 4017 внесено зміни до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», зокрема в частині вимог до ліцензійних умов.

За результатами проведеного аналізу визначено, що Ліцензійні умови, потребують доповнення положеннями щодо:

- припинення дії ліцензії повністю або частково;
- інформації, яка передбачається в заяві про отримання та/або переоформлення ліцензії, зупинення та/або відновлення дії ліцензії;
- строків повідомлення ліцензіатами органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії;
- способів подачі заяви про отримання ліцензії власноручно.

Проблема справляє вплив на:

Групи (підгрупи)	Так	Ні
Громадяни	-	+
Держава	+	-
Суб'єкти господарювання,	+	-
у тому числі на суб'єкти малого підприємництва	+	-

II. Цілі державного регулювання

Метою прийняття проєкту постанови є встановлення єдиних підходів до всіх суб'єктів господарювання, які здійснюють господарську діяльність

банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я.

Проектом постанови передбачається:

затвердження в новій редакції форм заяв про отримання та/або переоформлення ліцензії, зупинення та/або відновлення дії ліцензії;
затвердити форму заяви про припинення дії ліцензії повністю;
порядку дій суб'єкта господарювання у разі зупинення дії ліцензії.

III. Визначення та оцінка альтернативних способів досягнення цілей

1. Визначення альтернативних способів.

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	Така альтернатива не дозволить вирішити проблему, що зазначена у розділі I Аналізу та досягти цілей державного регулювання, передбачених у розділі II Аналізу. Наслідком зазначеної проблеми є вимоги в Законі України № 4017.
Альтернатива 2. Прийняття проекту постанови	Така альтернатива передбачає вирішення проблеми, що зазначена у розділі I Аналізу. Проектом постанови передбачається: затвердження в новій редакції форм заяв про отримання та/або переоформлення ліцензії, зупинення та/або відновлення дії ліцензії; затвердити форму заяви про припинення дії ліцензії повністю; порядку дій суб'єкта господарювання у разі зупинення дії ліцензії.

2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей.

Оцінка впливу на сферу інтересів держави.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	Відсутні	Відсутні
Альтернатива 2. Прийняття проекту	Реалізація положень, які передбачені в Законі України № 4017	Відсутні

постанови		
-----------	--	--

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	Відсутні	Відсутні
Альтернатива 2. Прийняття проєкту постанови	Прийняті зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, не вплинуть на якість надання медичної допомоги та інтереси громадян.	Додаткові фінансові витрати відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання, одиниць	0	0	32	1	33
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	0	0	97%	3%	100%

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	Відсутні	Відсутні

Альтернатива 2. Прийняття проекту постанови	Визначення чітких дій та способів для отримання, зупинення, відновлення, переоформлення та припинення ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я	Відсутні
--	--	----------

Сумарні витрати за альтернативами	Сума витрат, гривень
Альтернатива 1. Сумарні витрати для суб'єктів господарювання малого підприємництва згідно з додатком 4 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (Тест малого підприємництва)	0
Альтернатива 2. Сумарні витрати для суб'єктів господарювання малого підприємництва згідно з додатком 4 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (Тест малого підприємництва)	1 год x 48 грн = 48 грн

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного бала
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	1	Відсутність нормативно-правового акта неуможливіть ефективно досягнути поставленої мети, що призведе до ускладнення ситуації стосовно технічного регулювання в цій сфері.
Альтернатива 2. Прийняття проекту постанови	4	Прийняття проекту постанови реалізуються норми, які передбачені в

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	<p>Для держави: Відсутні</p> <p>Для громадян: Відсутні</p> <p>Для суб'єктів господарювання Відсутні</p>	<p>Для держави: відсутні</p> <p>Для громадян: додаткові фінансові витрати відсутні</p> <p>Для суб'єктів господарювання Відсутні</p>	Зазначена альтернатива не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, встановлених у Розділі II Аналізу.
Альтернатива 2. Прийняття проєкту постанови	<p>Для держави: Реалізація положень, які передбачені в Законі України № 4017</p> <p>Для громадян: Прийняті зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я, не вплинуть на якість надання медичної допомоги та інтереси громадян.</p>	<p>Для держави: додаткові витрати відсутні</p> <p>Для громадян: додаткові фінансові витрати відсутні</p>	Така альтернатива передбачатиме вирішення проблеми, що зазначена у Розділі I Аналізу та дозволить досягти цілей державного регулювання, передбачених у Розділі II Аналізу.

	Для суб'єктів господарювання: Визначення чітких дій та способів для отримання, зупинення, відновлення, переоформлення та припинення ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я.	Для суб'єктів господарювання : додаткові фінансові витрати відсутні	
--	--	--	--

Рейтинг	Аргументи щодо обраної альтернативи/причини відмови від альтернативи	Оцінка ризику зовнішніх чинників на дію запропонованого регуляторного акта
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	Переваги обраної альтернативи відсутні.	Вплив зовнішніх чинників вбачається значним, ризику високі.
Альтернатива 2. Прийняття проєкту постанови	Прийняття акту забезпечить баланс інтересів держави та суб'єктів господарювання.	Вплив зовнішніх чинників вбачається незначним, ризику низькі.

V. Механізм та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Механізмом, який забезпечить розв'язання проблеми, є прийняття проєкту постанови.

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування державними органами.

Прийняття та оприлюднення проєкту постанови в установленому порядку забезпечить доведення його до відома суб'єктів господарювання, на яких поширюватиметься дія акта.

Організаційні заходи впровадження регуляторного акта в дію:

1. Центральний орган виконавчої влади (МОЗ):

забезпечення інформування громадськості про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення в засобах масової інформації на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України;

здійснення контролю за дотриманням вимог цього регуляторного акта.

2. Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарювання – ознайомитися з вимогами регулювання (пошук регуляторного акту в мережі Інтернет та його опрацювання).

Ризику впливу зовнішніх факторів на дію регуляторного акта немає.

Досягнення цілей не передбачає додаткових організаційних заходів.

Можливої шкоди у разі очікуваних наслідків дії акта не прогнозується.

VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні впроваджувати або виконувати ці вимоги

Витрати на виконання вимог регуляторного акта з боку органів виконавчої влади або органів місцевого самоврядування відсутні.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Для виконання вимог регуляторного акту не передбачаються витрати суб'єктів господарювання.

Проведено розрахунок витрат для суб'єктів малого підприємництва згідно з додатком 4 до Методики проведення аналізу впливу регуляторного акта (Тест малого підприємництва).

Можлива шкода у разі очікуваних наслідків дії акта не прогнозується.

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

Термін дії нормативно-правового акта не обмежений у часі.

Зміна терміну дії акта можлива в разі зміни правових актів, на вимогах яких базується проєкт.

Термін набрання чинності цієї постанови через два місяці з дня її опублікування.

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Показниками результативності запровадження регуляторного акта є: кількість суб'єктів господарювання, на яких поширюватиметься дія акта;

час, що витрачатиметься суб'єктами господарювання, пов'язаними з виконанням вимог акта;

рівень поінформованості суб'єктів господарювання високий. Проєкт постанови та цей аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України у розділі «Громадське обговорення»;

кількість суб'єктів господарювання, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я;

кількість суб'єктів господарювання, яким відмовлено у видачі ліцензії.

IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта

Базове відстеження результативності регуляторного акта буде здійснено після набрання чинності цим актом, але не пізніше дня, з якого починається проведення повторного відстеження результативності цього акта.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта буде проведено через рік з дня набрання ним чинності, але не пізніше двох років з дня набрання чинності цим актом.

Періодичні відстеження планується здійснювати раз на кожні три роки, починаючи з дня закінчення заходів з повторного відстеження результативності цього акта.

Для проведення відстеження результативності регуляторного акта будуть використовуватись показники, наведені у попередньому розділі.

Відстеження результативності дії регуляторного акта буде здійснюватися за допомогою статистичного методу.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснюватись Міністерством охорони здоров'я України.

**Міністр охорони
здоров'я України**



Віктор ЛЯШКО

« _____ » _____ 2025 р.

ТЕСТ
малого підприємництва (М-Тест)

1. Консультації з представниками мікро- та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання для суб'єктів малого підприємництва та визначення переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, проведено розробником з 01.12.2024 по 31.12.2024.

Порядковий номер	Вид консультації	Кількість учасників консультації	Основні результати консультації
1.	Телефонні консультації з суб'єктами господарювання	5	Регулювання сприймається. Отримано інформацію щодо переліку процедур, що необхідно виконати у зв'язку з запровадженням нових вимог регулювання: ознайомитися з новими вимогами регулювання – 1 година.

2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва (мікро- та малі):

Кількість суб'єктів малого (мікро) підприємництва, на яких поширюється регулювання **33** (одиниць), у тому числі малого підприємництва **32** (одиниць) та мікропідприємництва **1** (одиниць);

Питома вага суб'єктів малого (мікро) підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив – **100** %.

Розрахунок витрат суб'єкта малого підприємництва на виконання вимог регулювання.

Вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2025 рік», становить – 48 гривень. Джерело отримання інформації: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4059-20#Text>.

Інформація про розмір часу, який витрачається суб'єктами на отримання зазначеної інформації є оціночною.

3. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

Порядковий номер	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
1	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів) - забезпечення резервними джерелами безперебійного живлення (витрати для суб'єктів, які ще не забезпечені резервними джерелами безперебійного живлення)	0	0	0
2	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	0	0	0
3	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	0	0	0
4	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	0	0	0
5	Інші процедури (уточнити)	0	0	0
6	Разом, гривень	0	0	0
7	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	33		
8	Сумарно, гривень	0	0	0
Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання				
9.	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання <i>Пошук та ознайомлення з нормативно-правовим актом</i>	1 год x 48 грн = 48 грн		

10.	Часові витрати на ознайомлення регуляторного акта:	1 год x 48 грн = 48 грн	0,00 (припущено, що суб'єкт повинен виконувати вимоги регулювання переважно в перший рік)	48 грн
11.	Процедури офіційного звітування	0,00	0,00	0,00
12.	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	0,00	0,00	0,00
13	Інші процедури: Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу, гривень (залучення медичних працівників відповідно до договору про співпрацю з відповідним закладом для створення мультидисциплінарної команди)	0,00	0,00	0,00
14	Разом, гривень	0,00	X	0,00
15	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць		33	
16	Сумарно, гривень	1584 грн	X	1584 грн

Бюджетні витрати на адміністрування регулювання суб'єктів малого підприємництва

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування.

Державний орган, для якого здійснюється розрахунок вартості адміністрування регулювання:

Міністерство охорони здоров'я України:

Процедура регулювання суб'єктів великого і	Планові витрати часу на процеду	Вартість часу співробітника органу	Оцінка кількості процедур за рік, що	Оцінка кількості суб'єктів, що підпадають під дію процедури	Витрати на адміністрування регулювання
--	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---	--

середнього підприємництва (розрахунок на одного типового суб'єкта господарювання)	-ру	державної влади відповідної категорії (заробітна плата)	припадають на одного суб'єкта	регулювання	(за рік), гривень.*
1. Облік суб'єкта господарювання, що перебуває у сфері регулювання	0	0	0	0	0
2. Поточний контроль за суб'єктом господарювання, що перебуває у сфері регулювання, у тому числі:	0	0	0	33	0
камеральні	0	0	0	0	0
виїзні	0	0	0	0	0
3. Підготовка, затвердження та опрацювання одного окремого акта про порушення вимог регулювання	0	0	0	0	0
4. Реалізація одного окремого рішення щодо порушення вимог регулювання	0	0	0	0	0
5. Оскарження одного окремого рішення суб'єктами	0	0	0	0	0

господарюванн я					
6. Підготовка звітності за результатами регулювання	0	0	0	0	0
7. Інші адміністративні процедури (уточнити): - отримання повідомлення суб'єкта про зміну даних - проведення експертизи документів, які додаються до повідомлення про зміну даних - внесення відповідних змін до Ліцензійного реєстру - формування ліцензійної справи	0	0	0	0	0
Разом за рік	0	0	0	33	0
Сумарно за п'ять років	0	0	0	33	0

4. Розрахунок сумарних витрат суб'єктів малого підприємництва, що виникають на виконання вимог регулювання

Порядковий номер	Показник	Перший рік регулювання (стартовий)	За п'ять років
1	Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання	1584	1584
2	Оцінка вартості адміністративних процедур для суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та	1584	1584

	звітування		
3	Сумарні витрати малого підприємства на виконання запланованого регулювання	1584	1584
4	Бюджетні витрати на адміністрування регулювання суб'єктів малого підприємства	0	0
5	Сумарні витрати на виконання запланованого регулювання	0	0

5. Розроблення коригуючих (пом'якшувальних) заходів для малого підприємства щодо запропонованого регулювання

На основі оцінки сумарних витрат малого підприємства на виконання запланованого регулювання (за перший рік регулювання та за п'ять років) розроблення коригуючих (пом'якшувальних) заходів для малого підприємства щодо запропонованого регулювання не передбачається.

Міністерство охорони здоров'я України

ІНФОРМАЦІЙНА ДОВІДКА

Лист

До документа

17-02/3779/2-25 від 31.01.2025 р.

про погодження проєкту Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків публичної кредитної, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я»

Підписано: **Дубров Сергій Олександрович**



Міністерство охорони здоров'я України
17-02/3779/2-25 від 31.01.2025
Дубров Сергій Олександрович



Гаряча лінія МОЗ
0800 505 201



Пошук

Налаштування доступності



[Про міністерство](#) [Воєнний стан](#) [Громадянам](#) [Медичним працівникам](#) [Освіта](#) [Пресцентр](#) [Документи](#) [Е-здоров'я](#) [Контакти](#)

Головна → **ПОВІДОМЛЕННЯ** про оприлюднення проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком...

ПОВІДОМЛЕННЯ про оприлюднення проекту постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком...

- [Проект постанови КМУ](#)
- [ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ](#)
- [ПОЯСНОВАЛЬНА ЗАПИСКА](#)
- [ЗМІНИ](#)
- [ДОВІДКА](#)

