Додаток 1  
до Порядку  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України   
від 8 лютого 2017 р. № 68)

ЗАЯВА  
про проведення акредитації закладу охорони здоров’я

Заклад охорони здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код згідно з ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма власності та відомче підпорядкування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса закладу охорони здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон (телефакс),

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

в особі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я та по батькові, посада керівника закладу охорони здоров’я)

просить провести акредитацію відповідно до Порядку акредитації закладу охорони здоров’я

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування документа | Кількість аркушів |
| 1. Копія положення (статуту) закладу, засвідчена в установленому законодавством порядку (крім статуту, що оприлюднений на порталі електронних сервісів відповідно до Закону України “Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань”) |  |
| 2. Копії документів, що підтверджують речові права на нерухоме майно, в якому розташований заклад охорони здоров’я, та копії документів, що підтверджують право користування обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги, засвідчені в установленому законодавством порядку |  |
| 3. Затверджена структура закладу |  |
| 4. Звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ) |  |
| 5. Звіт закладу про лікувальну роботу та/або фармацевтичну діяльність, проведену за останні три роки, а у разі першої акредитації — за останні два роки (за формою, затвердженою МОЗ, відповідно до типу закладу) |  |
| 6. Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали керівника закладу) |

МП (за наявності)

Додаток 2  
до Порядку  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України   
від 8 лютого 2017 р. № 68)

ПЕРЕЛІК  
обов’язкових документів, що додаються до заяви про  
проведення акредитації закладу охорони здоров’я

Копія положення (статуту) закладу, засвідчена в установленому законодавством порядку (крім статуту, що оприлюднений на порталі електронних сервісів відповідно до Закону України “Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань”)

Копії документів, що підтверджують речові права на нерухоме майно, в якому розташований заклад охорони здоров’я, та копії документів, що підтверджують право користування обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги, засвідчені в установленому законодавством порядку

Затверджена структура закладу

Звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ)

Звіт закладу про лікувальну роботу та/або фармацевтичну діяльність, проведену за останні три роки, а у разі першої акредитації — за останні два роки (за формою, затвердженою МОЗ, відповідно до типу закладу)

Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки

* + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_