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

(найменування органу ліцензування)

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

|  |
| --- |
| 1. Відомості про суб’єкта господарювання |
| Для юридичної особи: | Для фізичної особи — підприємця: |
| найменування |  | прізвище  |  |
| ім’я |  |
| по батькові |  |
| телефон |  |
| код згідно з ЄДРПОУ |  | реєстраційний номер облікової картки платника податків |  |
| форма власності  |  |
|  | паспорт:  | серія  |  | №  |
| виданий  |  |
| Відомості про керівника суб’єкта господарювання (для юридичної особи): |
| прізвище  |  |
| ім’я  |  |
| по батькові  |  |
| телефон |  |
| Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи — підприємця |
|  |
| Електронна адреса |
| 2. Відомості про матеріально-технічну базу |
| Аптечний заклад |
| Аптека |  | номер |  | найменування аптечного закладу(за наявності)  |  | аптека, структурним підрозділом якої є аптечний пункт  |  |
| Аптечний пункт  |  |
| Місцезнаходження аптечного закладу (індекс, область, район, місто/селище міського типу/ село/селище, вулиця, будинок) |
|  |
| Лікувально-профілактичний заклад, у якому розташований відокремлений підрозділ (для аптечних пунктів) |
|  |
| Режим роботи |
| з |  | до |  | вихідні дні |  |
| 3. Характеристика будівлі, у якій розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ) |
| Створені необхідні умови для доступності осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до приміщення аптечного закладу |  так ні  |
| 4. Правова підстава для використання приміщення |
| Приміщення використовується на праві | власності користування  |
| Документ, що підтверджує право власності або користування приміщенням (із зазначенням дати та номера) |  |
| 5. Характеристика приміщення, у якому розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ) |
| Ізольоване приміщення |  так ні  |
| Кількаповерхове приміщення |  так ні якщо “так”, мінімум один із залів обслуговування населення розташований на першому поверсі з обов’язковою організацією одного робочого місця для відпуску лікарських засобів так ні  |
| Наявний загальний вхідний тамбур |  так ні якщо “так”, зазначити, з яким приміщенням та не заповнювати відомості щодо наявності окремого самостійного виходу назовні |
| Наявний окремий самостійний вихід назовні  |  так ні якщо “ні”, зазначити, де розташований аптечний заклад: в торговельному центрі, санаторно-курортному закладі, готелі, аеропорту, на вокзалі, у лікувально-профілактичному закладі, будинку громадського призначення (крім шкіл, закладів дошкільної освіти та під’їздів житлових будинків), у приміщенні сільської (селищної) ради, підприємстві поштового зв’язку |
| Зал обслуговування населення розміщено на першому поверсі |  так ні якщо “ні”, рівень підлоги залу обслуговування населення не нижче/вище планувального рівня землі більше ніж на 0,5 метра так ні  |
| Приміщення розташоване у лікувально-профілактичному закладі |  так ні якщо “так”, зазначити поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) |
| Наявність інженерного обладнання для забезпечення функціонування аптечного закладу: |
| теплопостачання  | наявне відсутнє  |
| каналізація | наявна відсутня  |
| Структура аптечного закладу (структурного підрозділу)  |
| Загальна площа,у тому числі площа: |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. метрів |
| торговельного залу  |  ≥ 18 кв. метрів так ні  |
|  |  | (для аптек, розташованих у містах, селищах міського типу, селищах) |  |
|  |  ≥ 10 кв. метрів так ні  |
|  |  | (для аптек, розташованих у селах) |  |
| приміщень для зберігання лікарських засобів |  ≥ 10 кв. метрів так ні  |
|  | (для аптек, розташованих у містах, селищах міського типу, селищах) |  |
|  | ≥ 6 кв. метрів так ні  |  |
| (для аптек, розташованих у селах) |
| приміщень для персоналу |  ≥ 8 кв. метрів так ні  |
|  | (для аптек, розташованих у містах, селищах міського типу, селищах) |  |
|  | ≥ 4 кв. метри так ні  |  |
| (для аптек, розташованих у селах) |
| В аптечному закладі (структурному підрозділі) наявні:вбиральня з рукомийником  |  так ні  |
| місце санітарної обробки рук |  так ні  |
| 6. Облаштування аптечного закладу (структурного підрозділу) |
| Обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів | шафи стелажі холодильник сейф металева шафа екран для захисту від прямої крапельної інфекції  |
| Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря |  так ні  |
| Обладнання службово-побутових приміщень | шафи для роздільного зберігання особистого та технологічного одягу кімната/шафа для інвентарю холодильник (для аптек) меблі для вживання їжі (для аптек)  |
| Наявність промаркованого інвентарю для прибирання, призначеного для прибирання різних приміщень або зон  |  так ні  |
| 7. Відомості про кваліфікацію персоналу |
| Відомості про завідувача аптечного закладу (структурного підрозділу): |
| прізвище  |  |
| ім’я  |  |
| по батькові  |  |
| освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність |  |
|  |  |
| номер і дата укладення трудового договору (для фізичної особи — підприємця, який використовує працю найманого фахівця, —обов’язково), номер і дата наказу про призначення на посаду |  |
| відповідність кваліфікаційним вимогам |   так ні  |
| Відомості про уповноважену особу (для аптеки): |
| прізвище  |  |
| ім’я  |  |
| по батькові  |  |
| телефон |  |
| освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність |  |
| номер і дата укладення трудового договору (для фізичної особи — підприємця, який використовує працю найманого фахівця, — обов’язково), номер і дата наказу про покладення обов’язків уповноваженої особи |  |
| відповідність кваліфікаційним вимогам |   так ні  |
| 8. Декларація |
| Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) відповідаю і зобов’язуюсь їх виконувати |
| Уся надана у цих відомостях інформація є достовірною та повною |
| Прізвище, ініціали керівника суб’єкта господарювання або фізичної особи — підприємця | підпис |
| Дата складення цих відомостей |  |

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