

Додаток 10  
до Ліцензійних умов провадження  
господарської діяльності з  
виробництва лікарських засобів,  
оптової, роздрібної торгівлі  
лікарськими засобами

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

1		Відомості про суб'єкта господарювання			
1.1	Для юридичної особи:		Для фізичної особи – підприємця:		
	найменування		прізвище		
			ім'я		
			по батькові		
			телефон		
	код за ЄДРПОУ	<input type="text"/>	реєстраційний номер облікової картки платника податків		<input type="text"/>
форма власності					
		паспорт:	серія	<input type="text"/>	№ <input type="text"/>
		виданий			
1.2		Відомості про керівника суб'єкта господарювання:			
	прізвище				
	ім'я				
	по батькові				
	телефон				
1.3		Місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи - підприємця			
	Електронна адреса:	E-mail:			

2		Відомості про матеріально-технічну базу			
2.1		Аптечний заклад			
	Аптека	<input type="checkbox"/>	номер	найменування аптечного закладу (за наявності)	
	Аптечний пункт	<input type="checkbox"/>			
	Аптечний кіоск	<input type="checkbox"/>			
2.2		Місцезнаходження аптечного закладу			
2.3		Режим роботи			
	з		до		вихідні дні

2.4	Характеристика будівлі, у якій розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ)	
	Створені необхідні умови для доступності осіб з обмеженими фізичними можливостями до аптек	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	Загальний вхідний тамбур	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «так», то зазначити, з яким приміщенням:
	Кількість поверхів	
	Основне використання будівлі	
2.5	Правова підстава для використання приміщення	
	Приміщення використовується на праві	власності <input type="checkbox"/> користування <input type="checkbox"/>
	Документ, що підтверджує право власності або користування приміщенням	
2.6	Характеристика приміщення, у якому розміщено аптечний заклад (структурний підрозділ)	
	ізольоване	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	кількаповерхове	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «так», то мінімум один із залів обслуговування населення розташований на першому поверсі з обов'язковою організацією одного робочого місця для відпуску лікарських засобів так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	наявний окремий самостійний вихід назовні	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	суміщене	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «так», то суміщене з торговельним центром, санаторно-курортним закладом, готелем, аеропортом, вокзалом, лікувально-профілактичним закладом (необхідне підкреслити)
	зал обслуговування населення знаходиться на першому поверсі	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «ні», то рівень підлоги залу обслуговування населення не нижче/вище планувального рівня землі більше ніж на 0,5 метра так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	приміщення знаходиться у лікувально-профілактичному закладі	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> якщо «так», то зазначити поверх, на якому розташовано аптечний заклад (структурний підрозділ) <input type="checkbox"/>
2.7	Наявність інженерного обладнання для забезпечення:	
	теплопостачання	централізоване <input type="checkbox"/> автономне <input type="checkbox"/>
	вентиляція	механічна <input type="checkbox"/> природна <input type="checkbox"/> припливно-витяжна з механічним спонуканням <input type="checkbox"/>
	каналізація	центральна <input type="checkbox"/> автономна <input type="checkbox"/> відсутня <input type="checkbox"/>
2.8	Структура аптечного закладу (структурного підрозділу)	
	Загальна площа, у тому числі площа:	_____ кв. м
	торговельного залу	≥ 18 , кв. м.      так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> (для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу) _____ кв.м      так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> ≥ 10 кв.м      так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

		(для аптек, розташованих у селах)
приміщень зберігання лікарських засобів	$\geq 10$ , кв. м.	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	(для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу)	
	$\geq 6$ кв.м	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	(для аптек, розташованих у селах)	
приміщень персоналу	$\geq 8$ кв.м	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	(для аптек, розташованих у містах та селищах міського типу)	
	$\geq 4$ кв.м	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
	(для аптек, розташованих у селах)	
В аптечному закладі (структурному підрозділі) наявні:		
вбиральня з рукомийником		так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
місце санітарної обробки рук		так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
зони робочих місць персоналу (для аптечних кіосків)		так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
зони обслуговування населення (для аптечних кіосків)		так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
2.9	Облаштування аптечного закладу (структурного підрозділу)	
Обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів	шафи <input type="checkbox"/>	стелажі <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/>
	сейф <input type="checkbox"/>	піддони <input type="checkbox"/>
	екран для захисту від прямої крапельної інфекції	<input type="checkbox"/>
Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря		так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Обладнання службово-побутових приміщень	шафи для роздільного зберігання особистого та технологічного одягу	<input type="checkbox"/>
	кімната/шафа для інвентарю	<input type="checkbox"/>
	холодильник	<input type="checkbox"/>
	меблі для вживання їжі	<input type="checkbox"/>
Наявність промаркованого інвентарю для прибирання, призначеного для прибирання різних приміщень або зон		так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

3	Відомості про кваліфікацію персоналу	
3.1	Відомості про завідуючого аптечним закладом (структурним підрозділом):	
	прізвище	
	ім'я	
	по батькові	
	освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність	
	номер і дата укладання трудового договору, номер і дата наказу про призначення на посаду	
	Відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам	

		так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
3.2	Відомості про Уповноважену особу (для аптеки)		
	прізвище		
	ім'я		
	по батькові		
	телефон		
	освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність		
	номер і дата укладання трудового договору, номер і дата наказу про призначення Уповноваженою особою		
	Відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>

4	Декларація		
4.1	Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами відповідаю і зобов'язуюсь їх виконувати		
4.2	Вся надана у цих відомостях інформація є достовірною та повною		
	Прізвище, ініціали керівника суб'єкта господарювання або фізичної особи – підприємця		підпис
	Дата складання цих Відомостей		М.П.