Додаток 2   
до Ліцензійних умов

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

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, ім’я та по батькові фізичної особи — підприємця |  |

2. Реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою для користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням/договір оренди, свідоцтво про право власності тощо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об’єкта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, номер, ким виданий, на яку адресу видано)

4. Перелік наявних приміщень та їх оснащення

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Найменування структурного підрозділу | Найменування приміщення (кабінету) та його площа | Перелік оснащення (медична техніка, вироби медичного призначення, апаратура, прилади, інструментарій) | | Техніч-ний стан, рік випуску |
| найменування | кількість |

Загальна площа приміщень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Сфера застосування засобів вимірювальної техніки | Наймену-вання засобів вимірювальної техніки | Кіль-кість | Дата останньої повірки | | Реквізити документа про метрологічну повірку |
| місяць | рік |

6. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Прізвище, ім’я,  по батькові | Займана посада працівника | Дата і номер документа щодо прийняття на роботу | Основна робота або за сумісництвом (фізична особа — підприємець зазначає дату, з якої займається таким видом діяльності) | Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано) та спеціальність у разі проходження інтернатури | Документ, який підтверджує кваліфі-кацію |

7. Відомості про керівника банку пуповинної крові, інших тканин і клітин людини

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Прізвище, ім’я,  по батькові | Займана посада | Дата і номер документа щодо прийняття на посаду керівника | Основна робота або за сумісництвом | Відомості про освіту (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано) |

Достовірність наданої інформації підтверджую та ознайомлений, що подання недостовірних даних у документах, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, є підставою для відмови у видачі ліцензії та анулювання ліцензії (відповідно до статей 12, 13 та 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”).

Заявник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)  М.П. (за наявності) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ім’я, по батькові) |

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом та скріплюються печаткою заявника (за наявності).