



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 24 листопада 2023 р. № 1245

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 2 березня 2016 р. № 286 (Офіційний вісник України, 2016 р., № 30, ст. 1185), зміни, що додаються.

2. Установити, що ліцензіати подають до органу ліцензування документ, зазначений в абзаці другому пункту 4 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 2 березня 2016 р. № 286, з урахуванням змін, затверджених цією постановою, не пізніше ніж протягом шести місяців з дня опублікування цієї постанови.

3. Ця постанова набирає чинності через шість місяців з дня її опублікування.



Прем'єр-міністр України

Д. ШМИГАЛЬ

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 24 листопада 2023 р. № 1245

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. Абзац четвертий пункту 4 викласти в такій редакції:

“опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії (додаток 3), подається у двох примірниках у разі подання документів у паперовій формі.”.

2. Пункт 6 викласти в такій редакції:

“6. У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії, визначених частиною сьомою статті 15 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”, фізична особа — підприємець, яка є спадкоємцем ліцензіата (далі — спадкоємець), зобов’язана протягом одного місяця з дати набуття такого права подати до органу ліцензування заяву про переоформлення ліцензії за формою згідно з додатком 4.

До заяви про переоформлення ліцензії додаються:

засвідчені спадкоємцем копії документів, що підтверджують наявність підстав для переоформлення ліцензії;

документ, визначений абзацом другим пункту 4 цих Ліцензійних умов, з метою встановлення відповідності спадкоємця вимогам цих Ліцензійних умов.”.

3. Доповнити Ліцензійні умови пунктами 6¹ і 6² такого змісту:

“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 дії яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України.

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. 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 цифрами), а сторінки відомостей 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), нумеруються.

Документи, що подаються в електронній формі, оформляються згідно з вимогами законодавства у сфері електронного документообігу.

У разі підписання та/або подання документів уповноваженою особою здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця додатково додається оригінал документа або засвідчена копія, що підтверджує його повноваження.”.

4. Пункт 9 викласти в такій редакції:

“9. Ліцензіат повинен:

затвердити структуру, штатний розпис банку, стандартні операційні процедури, в яких зазначається порядок: перевезення біологічного матеріалу (із зазначенням засобів перевезення, мінімальної та максимальної температури, часу перевезення), здійснення всіх процесів діяльності банку пуповинної крові, які дають змогу забезпечити виконання цих Ліцензійних умов;

зберігати документи, які підтверджують виконання робіт, пов'язаних із зберіганням, переробкою (процесингом) біологічного матеріалу, маркуванням (кодуванням), тестуванням (перевіркою) продуктів та/або препаратів пуповинної крові, інших тканин і клітин людини;

зберігати документ, що підтверджує внесення плати за видачу ліцензії;

провадити діяльність банків пуповинної крові тільки за тією адресою, яка зазначена у заяві про отримання ліцензії, та в документах, що додавалися до неї, з урахуванням відомостей про всі місця провадження діяльності банків пуповинної крові;

дотримуватися державних санітарних норм і правил з організації роботи лабораторій під час дослідження матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I—IV груп патогенності, молекулярно-генетичними методами, затверджених МОЗ;

дотримуватися державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо управління медичними відходами, затверджених МОЗ;

дотримуватися вимог якості, безпеки тестування, вилучення, зберігання та транспортування тканин та клітин, вилучених у донора-трупа, затверджених МОЗ.”.

5. Пункти 13 і 14 викласти в такій редакції:

“13. У разі наміру:

зупинення дії ліцензії повністю, але не більш як на шість місяців з дня прийняття рішення про зупинення її дії, ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”, до органу ліцензування заяву про зупинення дії ліцензії за формою згідно з додатком 5;

відновлення дії ліцензії повністю ліцензіат подає у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”, до органу ліцензування заяву про відновлення дії ліцензії за формою згідно з додатком 6 та відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення дії ліцензії повністю, а в разі, коли дія ліцензії зупинена повністю на підставі пункту 2 частини другої статті 16 Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”, — інформацію про сплату штрафу, передбаченого Кодексом України про адміністративні правопорушення.

У разі повного зупинення дії ліцензії на провадження діяльності банків пуповинної крові до відновлення дії ліцензії повністю ліцензіат зобов’язаний зупинити діяльність банків пуповинної крові повністю.

14. Діяльність банків пуповинної крові провадиться в нежитлових приміщеннях, які ізольовані 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.

У житлових, багатофункціональних будинках і комплексах не допускається розміщення біотехнологічних лабораторій, які проводять дослідження матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I—IV груп патогенності, молекулярно-генетичними методами або дослідження матеріалу, підозрюваного на їх вміст.

Приміщення забезпечуються:

постачанням гарячої води та централізованим водопостачанням;

централізованим водовідведенням;

опаленням (централізованим та/або локальним, та/або індивідуальним);

системами вентиляції (припливно-витяжною або витяжною вентиляцією);

умовами для миття та антисептичної обробки рук персоналу;

засобами передстерилізаційного очищення та стерилізації медичних виробів, а також облаштовані і оздоблені матеріалами, стійкими до дезінфекційних засобів.”.

6. У додатках до Ліцензійних умов:

1) додатки 1—4 викласти в такій редакції:

“Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 24 листопада 2023 р. № 1245)

(найменування органу ліцензування)

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

Здобувач ліцензії

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

(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (zareєстроване) місце
проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)

(місце (міся) провадження господарської діяльності банків пуповинної крові,
інших тканин і клітин людини)*

(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)

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

адреса електронної пошти _____

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

(підпис особи, яка
прийняла заяву)

(власне ім'я та прізвище)

“ ___ ” _____ 20__ р.

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

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 24 листопада 2023 р. № 1245)

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

(найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, власне ім'я та
по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)

1. 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), _____

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 (необхідно зазначити)</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> пуповинна (кордова) кров та виділені з неї клітини; <input type="checkbox"/> пуповина (пуповинний канатик) та виділені з неї клітини; <input type="checkbox"/> плацента та виділені з неї клітини; <input type="checkbox"/> гемопоетичні стовбурові клітини, виділені з периферичної крові; <input type="checkbox"/> сполучна тканина та виділені з неї клітини; <input type="checkbox"/> тканина яєчника/яєчка; <input type="checkbox"/> матеріал ембріофетального походження та виділені з нього клітини; <input type="checkbox"/> молочні зуби та виділені з них клітини; <input type="checkbox"/> інші тканини і клітини людини, затверджені МОЗ
	(необхідно зазначити)

3. Характеристика будівлі (приміщення), в якій (якому) розміщено банк пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, за адресою _____

(зазначається за кожною адресою окремо із зазначенням індексу, області, району, міста/селища міського типу/села/селища, вулиці, будинку, приміщення тощо)

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 приміщень:		
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"/>
10. Система вентиляції:		
1) припливно-витяжна	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
2) витяжна вентиляція	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
11. Водопостачання:		
1) централізоване водопостачання	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
2) постачання гарячої води	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
12. Централізоване водовідведення	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"/>
14. Приміщення облаштоване та оздоблене матеріалами, стійкими до дезінфекційних засобів	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"/>

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

Порядковий номер	Прізвище, ініціали (ініціал власного імені) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення або відповідною установою, уповноваженою на проведення зазначених обстежень (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, ініціали (ініціал власного імені) осіб, які підписали цей документ)	Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення	Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення

5. Перелік наявних приміщень та їх оснащення

Порядковий номер	Найменування структурного підрозділу та адреси місця провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини (зазначається індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок, приміщення тощо)	Найменування приміщення (кабінету) та його площа	Перелік оснащення (медичні вироби та вироби медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі		Технічний стан, рік випуску
			найменування	кількість	

Загальна площа приміщень _____

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

Порядковий номер	Сфера застосування засобів вимірювальної техніки	Найменування засобів вимірювальної техніки	Кількість	Дата останньої повірки	Реквізити документа про повірку
------------------	--	--	-----------	------------------------	---------------------------------

7. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	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 кваліфікацію
------------------	---	---------------------------	---	--	--	---

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

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	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)
------------------	---	----------------	---	------------------------------------	--

9. Відомості про стаж роботи керівника банку пуповинної 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	Дата	Відомості про прийняття на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням 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 (ознайомена), 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”.

“ _____ ” _____ 20__ р.

(підпис ліцензіата,
здобувача ліцензії,
спадкоємця або іншої
уповноваженої особи)

(власне ім'я та прізвище)

МП (за наявності)

Додаток 3
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 24 листопада 2023 р. № 1245)

ОПИС

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

Від _____
(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
фізичної особи — підприємця)

_____ (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)

Дата і номер реєстрації заяви “ ____ ” _____ 20__ р. № _____

Поряд- ковий 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 24 листопада 2023 р. № 1245)

(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 (zareestrowane) місце проживання (перебування)
фізичної особи — підприємця)

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

(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)

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

Поряд- ковий 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)

2) доповнити Ліцензійні умови додатками 5 і 6 такого змісту:

“Додаток 5
до Ліцензійних умов

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

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

Ліцензіат	<p style="text-align: center;">(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>
Місцезнаходження юридичної особи/ інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця	<p style="text-align: center;">(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>
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 виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків	
Адреса електронної пошти	

Номер телефону	_____
Адреса веб-сайту (за наявності)	_____
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 зупиняється 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

(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)
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 виданий (у разі відмови через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків	
Адреса електронної пошти	

Номер телефону	_____
Адреса веб-сайту (за наявності)	_____
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)
