**Національна служба здоров’я України**

**Заявник:**

[повна назва закладу охорони здоров’я]

(далі – Заявник)

[код ЄДРПОУ]

[місцезнаходження]

[номер телефону

робочий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мобільний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]

[адреса електронної пошти]

# **ЗАЯВА**

# **про укладення договору**

Цією заявою Заявник висловлює бажання укласти договір про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – Договір) на умовах, визначених в оголошенні про укладення договорів про медичне обслуговування населення від 28 грудня 2019 року (далі – Оголошення).

Заявник підтверджує, що:

1. на момент подання цієї заяви Заявник має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та ліцензію на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, відповідає ліцензійним умовам з медичної практики;
2. Заявник надає медичні послуги, пов’язані з вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою;
3. у кожному місці надання медичних послуг заявника станом на 1 січня 2020 року буде наявне матеріально-технічне оснащення, передбачене Порядком проведення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України № 131 від 27 лютого 2019 року;
4. установчими або іншими документами не обмежено право керівника Заявника підписувати договори від імені Заявника без попереднього погодження власника. Якщо таке право обмежено, у тому числі щодо укладення договорів, ціна яких перевищує встановлену суму, Заявник повідомить про це Національну службу здоров’я та отримає необхідні погодження від власника до моменту підписання договору зі сторони Заявника;
5. інформація, зазначена Заявником у цій Заяві та доданих до неї документах, є повною та достовірною.

Заявник усвідомлює, що у разі зміни інформації, зазначеної Заявником у цій заяві та (або) доданих до неї документах, Заявник зобов’язаний повідомити про такі зміни НСЗУ протягом двох робочих днів з дня настання таких змін шляхом надсилання інформації про такі зміни на електронну пошту PoltavaPilot@nszu.gov.ua.

Заявник усвідомлює, що законодавством України передбачена відповідальність за подання недостовірної інформації органам державної влади.

**Перелік документів, що додаються до Заяви:**

1. Скановані копії документів, що підтверджують повноваження особи на підписання договору від імені Заявника;
2. Відомості про чинні ліцензії, видані Заявнику на провадження господарської діяльності з медичної практики та на здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
3. Відомості про наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання зазначених в Оголошенні медичних послуг (відомості про місця надання медичних послуг);
4. Сканована копія довідки з банку з реквізитами.

|  |  |
| --- | --- |
| [Посада (відповідно до Статуту) та П.І.Б представника Заявника] | [Дата подання заяви] |

**Додаток 1.**

**Скановані копії документів, що підтверджують повноваження особи на підписання договору від імені Заявника**

*Тут потрібно розмістити скановану копію Статуту. У разі, якщо обов’язки керівника виконує інша особа, то потрібно також додати скановану копію наказу про призначення в.о. керівника. Щоб зменшити розмір файлу, використовуйте під час збереження зображень чорно-білий формат, якість зображення не більше 150 dpi. Будь ласка, видаліть цей текст перед додаванням зображень.*

**Додаток 2.**

**Відомості про чинні ліцензії, видані Заявнику  
на провадження господарської діяльності з медичної практики та на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номер та дата наказу про  видачу ліцензії або серія та номер бланку  ліцензії | Дата початку строку дії ліцензії | Строк дії ліцензії (якщо застосовно) | Вид господарської діяльності (із зазначенням спеціальності) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Додаток 3.**

**Відомості про наявність матеріально-технічної бази,  
необхідної для надання зазначених в Оголошенні медичних послуг  
(відомості про місця надання медичних послуг)**

Відомості про кожне з місць надання медичних послуг Заявника.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва | Фактична адреса | | | | | | Контактна інформація | Медичні послуги, що надаються |
| Поштовий індекс | Область | Район | Населений пункт | Вулиця | Будинок / номер корпусу |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Додаток 4.**

**Банківські реквізити**

**(за стандартизованим міжнародним форматом номера рахунку IBAN)**

*Тут потрібно розмістити скановану копію довідки з банку з реквізитами.*