від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фонд соціального захисту**

**осіб з інвалідністю**

**ЗАЯВА**

**суб'єкта господарювання**

**про готовність забезпечувати осіб засобами реабілітації та/або надавати послуги з ремонту на умовах визначених**

Порядком забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою КМУ від 05.04.2012 №321 (зі змінами).

1. Найменування суб'єкта господарювання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2.КодЄДРПОУ/ІПНсуб'єкта господарювання **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3.Місцезнаходження суб'єкта господарювання **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4.Контактний номер телефону **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5.E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Назва засобу реабілітації, тип, вид, марка, модель, коди і назви засобів реабілітації відповідно до національного класифікатора НК 024:2023 "Класифікатор медичних виробів" (за наявності такої інформації) *(інформацію зазначити в додатку згідно наданої форми).*

7. Дані про відповідність засобів реабілітації вимогам Технічного регламенту (підтвердження наявності в Реєстрі осіб із зазначенням порядкового номера) *(інформацію зазначити в додатку згідно наданої форми).*

8. Надання послуги з ремонту засобів реабілітації, зазначити вид ремонту (для суб’єктів господарювання, що забезпечують надання послуг з ремонту):

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

9. Дані про виробника засобу реабілітації (зазначаються, якщо заявник не є виробником засобів реабілітації):

9.1. Найменування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.2. Місцезнаходження (країна, місто, вулиця, номер будинку, номер приміщення (за наявності), поштовий індекс) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

9.3. Контактний номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.4. E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Надати копію декларації про відповідність Технічному регламенту (крім медичних виробів виготовлених на замовлення) *(інформацію зазначити в додатку згідно наданої форми).*

11. Коди засобів реабілітації згідно з ДСТУ EN ISO 9999:2021 (EN ISO 9999:2016, IDT; ISO 9999:2016, IDT) *(інформацію зазначити в додатку згідно наданої форми).*

Підпис керівника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.