



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

д. Городище, г. Смоленск
(место составления акта)

“ 05 ” апреля 20 17 г.
(дата составления акта)

16-00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя (в части соответствия соискателя
лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской
деятельности)
№ 17-Пр

По адресу: 216648, Смоленская область, Хиславичский район, д. Городище.
(место проведения проверки)

На основании: приказа Департамента Смоленской области по здравоохранению
от «23» марта 2017 г. № 317

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая выездная проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

смоленское областное государственное бюджетное учреждение «Хиславичский
комплексный центр социального обслуживания населения»
СОГБУ «Хиславичский КЦСОН»

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

«28» марта 2017 г. с 13 час. 30 мин. до 17 час. 00 мин. Продолжительность - 1 р.д.

«__» 2017 г. с __ час. __ мин. до __ час. __ мин. Продолжительность __

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных
подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя
по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 2 р.дн. (28.03.2017 - проведение проверки на объекте
05.04.2017 - предоставление дополнительных документов, составление и подписание акт
проверки)

Специалист по лицензированию медицинской
деятельности, связанной с оборотом
фармацевтических средств и психотропных
средств Департамента Смоленской области
по здравоохранению Романов В.Н.
Вед. специалист Романов В.Н.
05.04 2017 года

Акт составлен Департаментом Смоленской области по здравоохранению.

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении выездной проверки)

О проведении проверки уведомлены по телефону 24.03.2017, заверенная копия приказа получена на руки 28.03.2017 в 13.30.

Директор Лобачков Владимир Алексеевич

Директор Лобачков Владимир Алексеевич 28.03.2017 г.
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время) 13 30

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Куркова Наталья Викторовна – ведущий специалист отдела лицензирования медицинской деятельности управления лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, Департамента Смоленской области по здравоохранению, председатель комиссии.

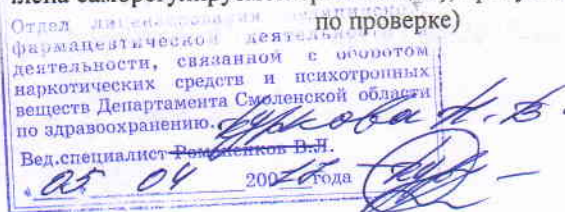
Алещенкова Алла Владимировна - эксперт Департамента Смоленской области по здравоохранению, привлекаемого к проведению мероприятий по контролю при оказании медицинской помощи, осуществлении медицинской деятельности по терапии, организации здравоохранения и общественному здоровью, заместитель главного врача ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (Приказ Департамента Смоленской области по здравоохранению от 16.08.2016 № 1144 «Об аттестации эксперта, привлекаемого к проведению мероприятий по контролю»).

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

Директор Лобачков Владимир Алексеевич (представлены: Постановление Главы Муниципального образования «Хиславичский район» № 84 от 13.04.2001; паспорт 46 04 536044, выдан ОВД Рузского района Московской области от 04.03.2003).

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)



В ходе проведения проверки:

1. Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):
<*>

2. Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов) <*>:

3. Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний) <*>:

<*>Заполняется в случае выявления нарушений обязательных требований

4. Нарушений не выявлено.

Установлено соответствие/несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, установленным п. 4 Постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», по заявленному перечню работ (услуг) по адресу (адресам) места осуществления деятельности:

216648, Смоленская область, Хиславичский район, д. Городище.

3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; сестринскому делу; терапии.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля **внесена** (заполняется при проведении выездной проверки):

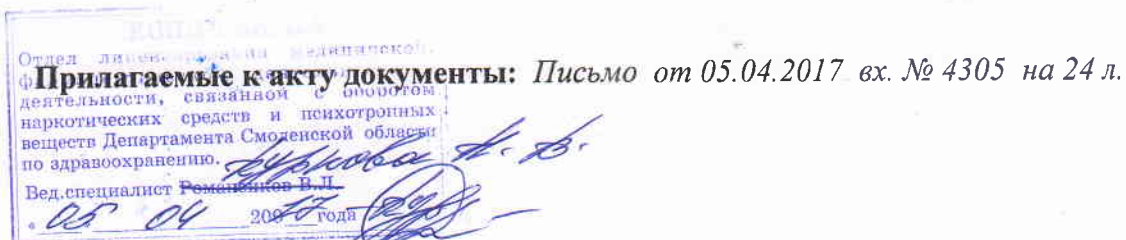
(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)



Подписи лиц, проводивших проверку:

Куркова Наталья Викторовна –

Алещенкова Алла Владимировна –

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):*Директор Александр Владимирович Киселев*

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

"05" апреля 2017 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)

