



УПРАВЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
650056, г. Кемерово, Ленина пр. 121Б, тел. 54-69-62, факс 54-38-98, E-mail: UprLicen@medfarm42.ru

г. Кемерово  
(место составления акта)

«11» октября 2019 г.  
(дата составления акта)  
15 часов 00 минут  
(время составления акта)

### АКТ ПРОВЕРКИ

органом государственного контроля (надзора), органом  
муниципального контроля юридического лица,  
индивидуального предпринимателя  
№ 01-000269-19 (Д)

По адресу: 650056, Кемеровская область, г. Кемерово, пр. Ленина, д.121Б  
(место проведения проверки)

На основании приказа управления лицензирования медико-фармацевтических видов  
деятельности Кемеровской области от 23.09.2019 № 716-п  
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая документарная  
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

проверка в отношении: Муниципального казённого учреждения «Центр социаль-  
ной помощи семье и детям» Беловского городского округа (МКУ ЦСПСИД)  
(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки: с 23.09.2019 по 11.10.2019.

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. с \_\_\_ час. \_\_\_ мин. до \_\_\_ час. \_\_\_ мин. Продолжительность \_\_\_  
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделе-  
ний юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 15 рабочих дней.  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: управлением лицензирования медико-фармацевтических видов дея-  
тельности Кемеровской области.  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен: не требуется.  
(заполняется при проведении выездной проверки (фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время))

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения  
проверки: не требуется.  
(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившие проверку:

*Гришаева Наталья Олеговна – главный специалист отдела лицензирования медицинской деятельности.*

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

При проведении проверки присутствовали: не требуется.

---

(фамилия/ имя, отчество (в случае, если имеется), 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 полноты и достоверности сведений, содержащихся в заявлении и документах, представленных соискателем лицензии, соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям установлено:

1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, содержит:

1.1. Сведения о соискателе лицензии: *адрес места нахождения юридического лица: 652617, Кемеровская область, г. Белово, пгт. Грамотеино, ул. Светлая, д. 6  
ОГРН 1154202000545  
ИНН 4202049341*

1.2. Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке: *санитарно-эпидемиологическое заключение № 42.30.02.000.М.000006.02.19 от 25.02.2019*

1.3. Сведения, подтверждающие уплату государственной пошлины за предоставление лицензии (7500 рублей): *платежное поручение № 756325 от 31.01.2019*

1.4. Сведения об адресе места осуществления лицензируемой деятельности и перечне заявленных работ (услуг): *по адресу: 652617, Кемеровская область, г. Белово, пгт. Грамотеино, ул. Светлая, д. 6 при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):*

*при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
медицинскому массажу*

1.5. Сведения о наличии регистрационных удостоверений на медицинскую технику и изделия медицинского назначения.

2. Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав недвижимости:

*представлен договор от 28.08.2009 № БП-6-08-0/09 безвозмездного пользования недвижимым имуществом, заключенный между КУГИ Кемеровской области и МКУ ЦСПСИД, о передаче в безвозмездное пользование нежилого здания, расположенного по адресу: Кемеровская область, г. Белово, пгт. Грамотеино, ул. Светлая, д. 6, общей площадью 857,1 кв.м. Срок действия договора: до 31.12.2019*

3. Копии документов, подтверждающие наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг):

*представлена балансовая справка о наличии на балансе МКУ ЦСПСИД медицинских изделий по заявленному адресу от 23.09.2019*

4. Копии документов, подтверждающих наличие у ответственного за осуществление медицинской деятельности, высшего медицинского образования, послевузовского и дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалисту с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»; копии документов, подтверждающих стаж работы более пяти лет:

*документы о профессиональном образовании и подтверждающие стаж работы заместителя руководителя Данилевич Татьяны Николаевны представлены в полном объеме.*

5. Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием):

*документы о профессиональном образовании работника Мозаевой А.О., сертификат специалиста представлены в полном объеме.*

6. Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности:

*договор на оказание услуг по техническому обслуживанию изделий медицинской техники от 11.06.2019 № ТО 01/19, заключенный с ООО «ТехКом» (лицензия № ФС-99-03-002863 от 21.05.2012). Срок действия договора до 31.12.2019.*

7. Доверенность от 01.09.2019 №2, выдана Соколовой Елене Геннадьевне сроком до 01.12.2019.

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

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям: *не проверялось.*

(с указанием положений (нормативных) правовых актов)

Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля: *не проверялось.*

(с указанием реквизитов выданных предписаний)

Вывод:

*Сведения, содержащиеся в представленных заявлении и документах, соответствуют положениям частей 1 и 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановления Правительства Российской Федерации от 16.04. 2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности», а также сведениям о лицензиате, содержащимся в Едином государственном реестре юридических лиц, Государственном реестре медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, Реестре санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, Государственной информационной системе о государственных и муниципальных платежах.*

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

\_\_\_\_\_  
(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)

Прилагаемые к акту документы:

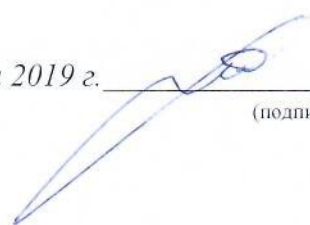
1. *Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц от 25.09.2019;*
2. *Выписка из Реестра санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов от 25.09.2019.*

Подписи лиц, проводивших проверку:  
Главный специалист отдела лицензирования  
медицинской деятельности Гришаева Н.О.

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного-представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«11» октября 2019 г.   
\_\_\_\_\_  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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