



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. Белово
(место составления акта)

«22» октября 2019 г.
(дата составления акта)
15 часов 30 минут
(время составления акта)

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

По адресу:
652617, Кемеровская область, г. Белово, пгт. Грамотеино, ул. Светлая, д. 6
(место проведения проверки)

На основании: *приказа управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области от 11.10.2019 № 773-п*
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

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

проверка в отношении: *Муниципального казённого учреждения «Центр социальной 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 17.10.2019 по 22.10.2019*
" " _____ 20__ 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: *4 рабочих дня*
(рабочих дней/часов)

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен:

(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 к участию 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:

(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 установлено:

1. Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям.

Имеются, соответствует установленным требованиям.

2. Наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке.

Имеются медицинские изделия, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг).

3. Наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам 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», стажа работы по специальности».

Представлен трудовой договор с заместителем руководителя Данилевич Т.Н., имеющей профессиональное образование, предусмотренное квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», стаж работы по специальности более 5 лет.

4. Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников,

имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием).

Представлен трудовой договор с работником Мозаевой А.О., имеющей профессиональное образование, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), и сертификат специалиста.

5. Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинских изделий.

Имеется договор на оказание услуг по техническому обслуживанию изделий медицинской техники от 11.06.2019 № ТО 01/19, заключенный с ООО «ТехКом».

6. Наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Имеется, представлено положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности» в МКУ ЦСПСИД, утверждённое приказом директора от 23.09.2019

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)

В результате проведенной внеплановой выездной проверки соискателя лицензии МКУ ЦСПСИД установлено соответствие соискателя лицензии сведениям, содержащимся в представленных заявлении и документах, соответствие лицензионным требованиям состояния помещений, оборудования, которые предполагается использовать соискателем лицензии при осуществлении медицинской деятельности, и наличие работников, необходимых для осуществления медицинской деятельности, соответствующих лицензионным требованиям, 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

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)

Прилагаемые к акту документы (в копиях):

- трудовые договоры с работниками в 1 экз. на 12 листах

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)

«22» октября 2019 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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