



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)

«07» октября 2015г.
(дата составления акта)
 ЧАСОВ МИНУТ
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ
органом государственного контроля (надзора), органом
муниципального контроля юридического лица,
индивидуального предпринимателя
№ 01-000433-15 (В)

По адресу: 650061, Кемеровская область, г. Кемерово, ул. Серебряный Бор, д. 7а.
(место проведения проверки)

На основании: приказа начальника управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области Шабалиной Л.А. от 02.10.2015 г. № 679
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

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

проверка в отношении: муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения № 19 «Детский сад комбинированного вида» (МАДОУ № 19 «Детский сад комбинированного вида»).
(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки: с 07.10.2015 по 07.10.2015

" " 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: 1 рабочий день.
(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:

Чекрыжева Татьяна Григорьевна – заведующий МАДОУ № 19 «Детский сад комбинированного вида» 07.10.2015
(заполняется при проведении выездной проверки (фамилии, имена, 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:

Нагаткина Татьяна Ивановна – консультант 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:

Чекрыжева Татьяна Григорьевна – заведующий МАДОУ № 19 «Детский сад комбинированного вида»

(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:

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)

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.

Имеется, соответствует установленным требованиям.

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.

Представлены, соответствуют установленным требованиям.

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).

Представлены, соответствуют установленным требованиям

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.

Соответствуют установленным требованиям.

В результате проведенной внеплановой выездной проверки установлено соответствие соискателя лицензии муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения № 19 «Детский сад комбинированного вида» лицензионным требованиям к состоянию помещений, зданий, сооружений, технических средств, оборудования, иных объектов, которые предполагается использовать при осуществлении медицинской деятельности и специалистов, необходимых для осуществления медицинской деятельности, по адресу осуществления деятельности:

650061, Кемеровская область, г. Кемерово, ул. Серебряный Бор, д. 7а.

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:

вакцинации (проведению профилактических прививок)

медицинскому массажу

сестринскому делу в педиатрии

физиотерапии.

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: нет.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Консультант

Нагаткина Т.И.



(подпись)

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

Чекрыжева Татьяна Григорьевна – заведующий МАДОУ № 19 «Детский сад комбинированного вида»

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

«07» октября 2015 г.


(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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