

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Киселевск
(место составления акта)

“ 30 ” ноября 20 17
(дата составления акта)
11⁰⁰
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

По адресу/адресам: 652700, Кемеровская область, г. Киселевск, ул. Ленина, д. 35, помещение 3
(место проведения проверки)

На основании: приказа Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере
здравоохранения по Кемеровской области № П42-239/17 от 15.11.2017 года.
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена: плановая выездная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования «Детско – юношеская
спортивная школа»
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ ___ ” 20 г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность _____
“ ___ ” 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: 20 часов.
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере
здравоохранения по Кемеровской области.
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении
выездной проверки): директор Стебнева О.Г. _____ 22.11.2017 11³⁰
(должность, Ф.И.О., 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: Сахаров Николай Анатольевич – главный специалист – эксперт
отдела мониторинга и контроля качества медицинской продукции, Семиков Павел Алексеевич –
главный специалист – эксперт отдела контроля и надзора за медицинской деятельностью.

(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
но аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: Стебнева Ольга Геннадьевна

(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)

На момент проведения проверки соблюдения правил в сфере обращения медицинских изделий, выборочно проверены медицинские изделия на наличие регистрационных удостоверений. Медицинские изделия зарегистрированы – нарушений не выявлено.

Представлен приказ о назначении ответственных лиц за обращение медицинских изделий, мониторинг безопасности медицинских изделий, планы графики технического обслуживания, журнал технического обслуживания. Проведена оценка условий хранения медицинских изделий.

На момент проверки нарушений правил в сфере обращения медицинских изделий не

выявлено.

С целью осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в рамках лицензионного контроля, рассмотрены предоставленные документы (копии) и проведен их анализ:

1. Документы об образовании медицинских работников учреждения;
2. Штатное расписание;
3. Документы регламентирующие порядок осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

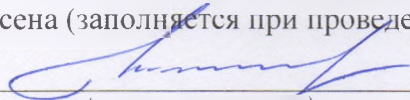
По результатам проведенной проверки нарушений не выявлено.

- выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):-

- выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): -

- выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): -

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



(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):



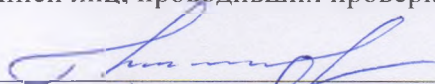
(подпись проверяющего)



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

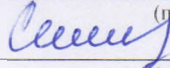
Прилагаемые к акту документы на 8 листах:

Подписи лиц, проводивших проверку:



(подпись)

/ Н.А. Сахаров /
(Ф И О.)



(подпись)

/ П.А. Семиков /
(Ф И О.)

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

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

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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