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)

«15» мая 2019г.
(дата составления акта)
14 час 00 мин
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ
органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя
№ 01-00093-19 (В)

По адресу:
652515, Кемеровская обл., г. Ленинск-Кузнецкий, просп. Кирова, д. 104
(место проведения проверки)

На основании: *приказа управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области от 30.04.2019 №268-п*
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)

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

проверка в отношении *Государственного профессионального образовательного учреждения «Ленинск-Кузнецкое училище олимпийского резерва» (ГПОУ «Ленинск-Кузнецкое УОР»)*
(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки*: с 15.05.2019 по 15.05.2019.*
« » 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: *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 (а):
(заполняется при проведении выездной проверки)
Директор Сизикова Н.В. _____ 15.05.2019 11⁰⁰
(должность, 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:
Зима Николай Григорьевич – 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:

Директор Сеземкова Наталья Владимировна

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 лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требования.

Имеются помещения необходимые для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требования.

2. Наличие принадлежащих лицензиату 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.

Имеется, соответствует установленным требованиям.

3. Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих медицинское, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста.

Представлены трудовые договоры с работниками, имеющими профессиональное образование и сертификат специалиста для выполнения заявленных работ (услуг).

4. Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.

Имеется договор возмездного оказания услуг № 397-19 от 21.03.2019, заключенный с ФБУ «Кемеровский ЦСМ» (лицензия № ФС-99-04-003219 от 10.12.2015).

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 (с указанием положений (нормативных) правовых актов): *не проверялось.*

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

В результате проведенной внеплановой выездной проверки *ГПОУ «Ленинск-Кузнецкое УОР»* установлено соответствие сведений, содержащихся в представленных заявлении и документах, соответствие лицензионным требованиям состояния помещений, зданий, сооружений, технических средств, оборудования, иных объектов, которые

предполагает использовать лицензиат, и работников, необходимых для осуществления медицинской деятельности, по адресу:
652515, Кемеровская обл., г. Ленинск-Кузнецкий, просп. Кирова, д. 104
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
неврологии.

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 юридического представителя предпринимателя, его уполномоченного лица, индивидуального 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 документы (в копиях):
1. *Копии трудовых договоров в 1 экз. на трех листах.*

Подписи лиц, проводивших проверку:
Главный специалист
отдела лицензирования
медицинской деятельности
Зима Н.Г. _____
(подпись)

С актом проверки ознакомлен (а), копию акта со всеми приложениями получил (а):
Директор ТОУ „Ленинск-Кузнецкое УОР" Сизикова Наталья Владимировна
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«15» мая 2019 г. _____
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)