УТВЕРЖДЕН
Приказом Минэкономразвития РФ
от 30.04.2009 № 141
(в ред. Приказа Минэкономразвития РФ
от 30.09.2011 № 532)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

г. Пермь
(место составления акта)

«01» октября 2015г.
(дата составления акта)
10 час. 00 мин.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

Министерством здравоохранения Пермского края
юридического лица, индивидуального предпринимателя
в части возможности выполнения соискателями лицензии (лицензиатом) лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности
№ 370

С «28» сентября 2015г. по «29» сентября 2015г. по адресу: *614060, Пермский край, г. Пермь, Бульвар Гагарина, 10, офис 608 –проверка достоверности предоставленных сведений*
С «30» сентября 2015 г. по «30» сентября 2015г. выезд по адресам мест осуществления деятельности:
614088, Пермский край, г. Пермь, ул. Архитектора Свиязева, д. 21, лит. А
614036, Пермский край, г. Пермь, шоссе Космонавтов, д.181а, лит.А1, помещения №1-8, 11, 32, 40
С «01» октября 2015г. по «01» октября 2015г. по адресу: *614060, Пермский край, г. Пермь, Бульвар Гагарина, 10, офис 608* - оформление акта проверки
(место проведения проверки)

На основании приказа и.о. министра здравоохранения Пермского края *Я.В. Калиной от «21» сентября 2015 г. № 839-л* (вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)
была проведена *внеплановая документарная и выездная проверка* (плановая/внеплановая, документарная/выездная)
в отношении: *Государственного казенного учреждения здравоохранения Пермского края «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».*
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:
«30» сентября 2015 г. с 10 час. 30 мин. до 11 час. 00 мин. Продолжительность 0,5 час.
«30» сентября 2015 г. с 11 час. 30 мин. до 12 час. 30 мин. Продолжительность 1 час.
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Продолжительность проверки: *4 рабочих дня (в том числе 1 день на выезде)* (рабочих дней/часов)
Акт составлен: *министерством здравоохранения Пермского края*
(наименование органа государственного контроля (надзора)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(а): (заполняется при проведении выездной проверки):
О проведении проверки уведомлен по факсу главный врач Сармометов Евгений Валерьевич, заместитель главного врача по медицинской части Микова Оксана Евстегнеевна (по доверенности № б/н от 30.09.2015г.) _____ *«24» сентября 2015г. в 15.05 -15.08 час. С оригиналом приказа ознакомлен главный врач Сармометов Евгений Валерьевич, заместитель главного врача по медицинским вопросам Микова Оксана Евстегнеевна (по доверенности № б/н от 30.09.2015г.)* _____ *«30» сентября 2015г. в 10 час. 30 мин.*
(фамилия, имя, подпись, дата, время)

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

Лицо(а), проводившие проверку: *главный специалист отдела лицензирования медицинской деятельности министерства здравоохранения Пермского края Елена Алексеевна Земскова (председатель), начальник отдела лицензирования медицинской деятельности министерства здравоохранения Пермского края Гульфия Ягфаровна Денисова.*

(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 по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: *главный врач Сармометов Евгений Валерьевич, заместитель главного врача по медицинским вопросам Микова Оксана Евстегнеевна (по доверенности № б/н от 30.09.2015г.)*

(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 анизации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

Заявляемый перечень работ и услуг по адресу осуществления медицинской деятельности:

1. *614088, Пермский край, г. Пермь, ул. Архитектора Свиязева, д. 21, лит. А*

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: наркологии.*

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): *при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).*

2. *614036, Пермский край, г. Пермь, шоссе Космонавтов, д.181а, лит.А1, помещения №1-8, 11, 32, 40*

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: наркологии.*

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): *при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).*

В ходе проведения документарной проверки полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии и выездной проверки возможности выполнения им лицензионных требований и условий:

1. Выявлены нарушения обязательных требований пункта 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291: *Не выявлено.*

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

2. Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов: *Не проверялось.*

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

4. Нарушений не выявлено

Установлено соответствие/несоответствие (нужное подчеркнуть) соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям в части:

1. *614088, Пермский край, г. Пермь, ул. Архитектора Свиязева, д. 21, лит. А*

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: наркологии.*

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): *при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).*

2. *614036, Пермский край, г. Пермь, шоссе Космонавтов, д.181а, лит.А1, помещения №1-8, 11, 32, 40*

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: наркологии.*

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): *при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).*

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

гл. специалист Е.А. Земскова _____ (подпись проверяющего)

зам. гл. врача О.Е. Микова _____ (подпись уполномоченного представителя юридического лица)

начальник отдела Г.Я. Денисова _____ (подпись проверяющего)

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)

Прилагаемые документы: нет.

Подпись лиц(а), проводившего проверку: гл. специалист Е.А. Земскова _____ (подпись)

начальник отдела Г.Я. Денисова _____ (подпись)

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а): *заместитель главного врача по медицинским вопросам Микова Оксана Евстегнеевна (по доверенности № б/н от 30.09.2015г.)*

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

«01» октября 2015 г. _____ (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего проверку)