

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

г. Красноярск

(место составления акта)

“ 08 ” июля 20 15 г.

(дата составления акта)

18-00

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя
№ 790**

По адресу/адресам: г. Красноярск, ул. Горького, д. 3К,

(место проведения проверки)

на основании: приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 29.06.2015
№ 790-лиц, министр здравоохранения Красноярского края Янин В.Н.

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая документарная проверка в отношении юридического лица:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Полное наименование: Муниципальное бюджетное учреждение «Центр социального
обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».

Сокращенное наименование: МБУ ЦСОГПВиИ.

ОГРН 1052440002295.

ИНН 2433003541.

Адрес места нахождения юридического лица: 663580, Красноярский край, Саянский район,
с. Агинское, ул. Советская, 130А.

Руководитель: директор Захарова Евгения Владимировна.

Тел.: (39142) 21778

(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 -

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных
подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя
по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 2 дня/4 часа

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством здравоохранения Красноярского края.

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при
проведении выездной проверки) не требуется.

(фамилии, инициалы, 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), проводившее проверку: Иванова Ольга Александровна – консультант отдела
лицензирования и государственного контроля министерства здравоохранения Красноярского
края.

(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

При проведении проверки присутствовали: не требуется

(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)

В ходе проведения проверки:

I. Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): нет.

II. Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): не выявлено.

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

IV. Нарушений не выявлено:

1. Проверены сведения о лицензиате, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц. Установлено их совпадение с данными указанными в заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и лицензионном деле, юридическое лицо имеет статус – действующее.

2. В соответствии с требованиями статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пункта 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 (далее – Положение), лицензиатом предоставлены следующие документы:

Заявление о переоформлении лицензий на осуществление медицинской деятельности № ФС-24-01-000954 от 18.06.2010; зарегистрированное 25.06.2015, регистрационный № 0211. Причины переоформления лицензии:

- изменение наименования юридического лица;
- выполнение работ, оказание услуг не указанных в лицензии;
- прекращение выполнения работ, оказания услуг.

В заявлении указаны:

а) выполнение работ, оказание услуг не указанных в лицензии:

663580, Красноярский край, Саянский район, с. Агинское, ул. Советская, 130А:

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

медицинскому массажу.

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по:

медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);

б) прекращение выполнения работ, оказания услуг:

663580, Красноярский край, Саянский район, с. Агинское, ул. Советская, 130А:

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым).

Лицензиатом представлены предусмотренные подпунктами "б" - "д", "ж" и "з" пункта 7 Положения сведения (документы):

1. Сведения, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним:

Представлены сведения о наличии свидетельства о государственной регистрации права оперативного управления.

2. Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг):

Представлены:

- копии товарных накладных и счетов- фактур.

3. Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг):

представлены сведения о выданном санитарно-эпидемиологическом заключении о соответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам № 24.РЦ.01.000.М.000198.10.09 от 14.10.2009.

Установлено соответствие наличия указанного заключения данным Реестра санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.

4. Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг):

Представлены в виде сведений о наличии свидетельств о государственной регистрации медицинских изделий. Сведения соответствуют данным, содержащимся в Государственном реестре медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий.

5. Копии документов, подтверждающие наличие у заключивших с лицензиатом 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 в виде копий документов о профессиональной подготовке специалистов, профессиональная подготовка соответствует требованиям.

6. Копии документов, подтверждающие наличие у заключивших с лицензиатом 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 соответствующей деятельности:

Заявленное медицинское оборудование не подлежит техническому обслуживанию.

7. Представлены сведения о наличии платежного поручения от 10.06.2015 № 329340 об уплате государственной пошлины за действия, связанные с лицензированием медицинской деятельности, сумма 3500 рублей.

8. Представлены оригиналы лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ ФС-24-01-000954 от 18.06.2010; выданная территориальным управлением Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Проверка полноты и достоверности сведений, предоставленных лицензиатом, проведена путем сопоставления с единым государственным реестром юридических лиц, с единым реестром лицензий, единым государственным реестром прав на недвижимое имущество и сделок с ним, реестром санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, государственным реестром медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий.

Сведения представлены в полном объеме, выявлено соответствие данных, указанных в заявлении, данным, содержащимся в государственных информационных базах.

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

(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): не требуется~~

(подпись проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы:

1. Выписка из ЕГРЮЛ.
2. Выписка из Реестра санитарно-эпидемиологических заключений.
3. Выписка из единого реестра лицензий.
4. Подтверждение платежа.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Консультант отдела
лицензирования и государственного контроля
министерства здравоохранения Красноярского края
Иванова Ольга Александровна

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

директор Захарова Евгения Владимировна

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

(подпись)