

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

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

г. Красноярск
(место составления акта)

“ 03 ” апреля 20 19 г.
(дата составления акта)

16:00

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 294

По адресу/адресам: 663960, Красноярский край, г. Заозерный, ул. Фабричная, 11

(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства здравоохранения Красноярского

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

края № 294-лиц от 21.03.2019 г. была проведена внеплановая выездная

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Полное наименование: Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Комплексный центр социального обслуживания населения» Рыбинского района

Сокращенное наименование: МБУ «КЦСОН» Рыбинского района.

ОГРН 1052448012286

ИНН 2448000127

Адрес места нахождения юридического лица: 663960, Красноярский край, г. Заозерный, ул. Фабричная, 11.

Руководитель – директор Уралова Татьяна Владимировна.

Тел. 8(391-65)2-50-73.

E-mail: volfvi@krasmail.ru.

Наименование регистрирующего органа: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 7 по Красноярскому краю.

Адрес: 663960, Красноярский край, г. Заозерный, ул. Фабричная, 11.

Заявление о предоставлении лицензии зарегистрировано 05.03.2019 года, регистрационный номер 0098.

Лицензиат намерен:

Внести изменения и дополнить разрешенный перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу(ам): 663960, Красноярский край, г. Заозерный, ул. Фабричная, 11:

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;

сестринскому делу;
физиотерапии;
2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

терапии.

Внести изменения и исключить из разрешенного перечня работ (услуг) по адресу(ам) мест осуществления медицинской деятельности по адресу(ам): 663960, Красноярский край, г. Заозерный, ул. Фабричная, 11:

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по:

лечебной физкультуре и спортивной медицине;

медицинскому массажу;

сестринскому делу;

физиотерапии;

При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе:

а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по:

терапии.

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: 1 рабочий день/2,0 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):

Директор Т.В. Уралова, 03.04.2019

(заполняется при проведении выездной проверки). (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: Прохоров Олег Игорьевич – специалист-эксперт отдела лицензирования 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 указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: Директор Т.В. Уралова.

(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:

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

_____ (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): _____~~

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

_____ нарушений не выявлено в части:

1. Наличия зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям:

Медицинская деятельность осуществляется по адресу, указанному в заявлении.

Состав помещений, их взаимное расположение, оснащение медицинской мебелью, внутренняя отделка помещений и состояние санитарно-технического оборудования соответствует акту экспертной оценки, на основании которой выдано санитарно-эпидемиологическое заключение, соответствует порядкам оказания медицинской помощи.

2. Наличия принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения осуществляемых работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке:

Медицинское оборудование, иные изделия медицинского назначения зарегистрированы в установленном порядке, разрешены к применению на территории Российской Федерации.

Перечень имеющегося в кабинетах медицинского оборудования соответствует стандартам оснащения, установленным порядками оказания медицинской помощи, имеет документальное подтверждение приобретения.

3. Наличия у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного

квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, стажа работы по специальности не менее 5 лет, а также дополнительного профессионального образования, сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и стажа работы по специальности не менее 5 лет:

По гражданско-правовому договору от 09.01.2019 Зюзя Елена Владимировна является организатором здравоохранения. Профессиональная подготовка и стаж соответствуют установленным требованиям. Трудовые отношения оформлены в соответствии с действующим трудовым законодательством.

4. Наличия заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием):

Проверены документы медицинских работников. Трудовые отношения оформлены в соответствии с действующим трудовым законодательством. Профессиональная подготовка обеспечивает выполнение заявленного перечня работ и услуг.

5. Наличия заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо договор с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности:

Представлен договор на техническое обслуживание медицинских изделий – копия договора с АО «Медтехника» от 09.01.2019 г., согласно Единому реестру лицензий, лицензия № ФС-99-04-006156 от 20.12.2018.

6. Документы, подтверждающие наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – внутренний приказ по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи соответствует установленным требованиям.

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, ответствен~~ (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: _____

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

Директор Т.В. Уралова _____

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

“ 03 ” апреля 20 19 г.

(подпись)