



Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В
СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ
(Территориальный орган Росздравнадзора по Краснодарскому краю)**

Краснодарский край,
Выселковский район, ст-ца
Выселки, улица Северная, 7
(место составления акта)

“ 20 ” марта 20 19 г.
(дата составления акта)
11:30
(время составления
акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 60/19

По адресу/адресам: 353100, Краснодарский край, Выселковский район, ст-ца Выселки,
улица Северная, 7

(место проведения проверки)

**На основании: приказа от 15.03.2019 П-82/01/1-01/19 «О проведении внеплановой
документарной проверки»**

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

была проведена внеплановая выездная **проверка в отношении:**

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Выселковская центральная
районная больница имени заслуженного врача РФ В.Ф. Долгополова» министерства
здравоохранения Краснодарского края (далее – ГБУЗ Выселковская ЦРБ)

(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: 1 рабочий день

(рабочих дней/часов)

**Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Краснодарскому
краю**

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

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

Главный врач ГБУЗ Выселковская ЦРБ Сочивко Николай Сергеевич 20.03.2019 в 9.45,
уведомлен посредством электронной связи 15.03.2019

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Акулаева Марианна Владимировна – главный государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере предоставления медицинских услуг

(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 ГБУЗ Выселковская ЦРБ Сочивко Николай Сергеевич

(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 установлено:

соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям в части (в случае несоответствия указываются пункты настоящего акта и работы и услуги) оказания медицинской помощи по работам (услугам) по адресу места осуществления деятельности Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Выселковская центральная районная больница имени заслуженного врача РФ В.Ф. Долгополова» министерства здравоохранения Краснодарского края по адресу осуществления деятельности 353100, Россия, Краснодарский край, Выселковский район, ст-ца Выселки, улица Северная, 7, при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по сердечно-сосудистой хирургии.

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): нет.

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

нарушений не выявлено.

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, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

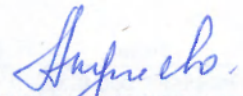
(подпись уполномоченного представителя
юридического лица, индивидуального
предпринимателя, его уполномоченного
представителя)

Прилагаемые к акту документы: копия приказа № 73-л от 10.01.2019.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Главный государственный инспектор отдела
контроля и надзора в сфере предоставления
медицинских услуг Акулаева М.В.

(должность, Ф.И.О)



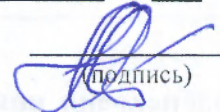
(подпись)

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

Главный врач ГБУЗ Выселковская ЦРБ Сочивко Николай Сергеевич

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

“ 20 ” марта 20 19 г.



(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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