

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ**

г. Пермь  
(место составления акта)

«13» мая 2016 г.  
(дата составления акта)  
13.00  
(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

**№ 146**

10.05.2016 г. по адресу: 614060, г. Пермь, Бульвар Гагарина, 10, офис 608.

(место проведения проверки)

11.05.2016 г. по адресу(ам): 619170, Пермский край, Юсьвинский район, Юсьвинское с/п, с. Юсьва,  
ул. Дружбы, д. 35/1;

С 12.05.2016 г. по 13.05.2016 г. по адресу: 614060, г. Пермь, Бульвар Гагарина, 10, офис 608.

(место проведения проверки)

на основании приказа и.о. министра П.В. Штэфан от 22.04.2016 г. № 370-л

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

была проведена **внеплановая документарная и выездная** проверка в отношении **краевого**  
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

**государственного автономного учреждения социального обслуживания населения**

**«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»**

**Юсьвинского района** (наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

"11" мая 2016 г. с 14 час. 00 мин. до 15 час. 00 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

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Министерством здравоохранения Пермского края

(наименование органа государственного контроля (надзора))

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен, копию приказа получил:  
факсом 04.05.2016 г. в 10:22 час.; с оригиналом приказа ознакомлен (заполняется при проведении  
• выездной проверки)

Директор КГАУСОН РЦДПОВ Юсьвинского района \_\_\_\_\_ 11.05.2016 г. в 14 час. 00 мин.

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), 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), проводившее проверку: главный специалист отдела лицензирования медицинской  
деятельности Шварёв Денис Викторович (председатель), главный специалист отдела Власова Ольга

**Сергеевна** (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)

При проведении проверки присутствовали: Де... В. В. Власова

(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)

Заявляемый перечень работ и услуг по адресу осуществления медицинской деятельности: \*

619170, Пермский край, Юсьвинский район, Юсьвинское с/п, с. Юсьва, ул. Дружбы, д. 35/1

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: **лечебной физкультуре; организации сестринского дела; сестринскому делу в педиатрии;**

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: **педиатрии;**

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: **неврологии.**

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 или требований, установленных муниципальными правовыми актами: **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: **619170, Пермский край, Юсьвинский район, Юсьвинское с/п, с. Юсьва, ул. Дружбы, д. 35/1**

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: **лечебной физкультуре; организации сестринского дела; сестринскому делу в педиатрии;**

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: **педиатрии;**

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):

Шварёв Д.В. / \_\_\_\_\_

Власова О.С. / \_\_\_\_\_

(подпись проверяющего)

АВ Власова  
ОС  
(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: нет

Подписи лиц, проводивших проверку:

Главный специалист Д.В. Шварёв

(подпись)

Главный специалист О.В. Власова

(подпись)

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

Д.В. Власова (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность руководителя, иного должностного лица уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«13» мая 2016 г. Власова (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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

Меренков