



УПРАВЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
650056, г. Кемерово, Ленина пр. 121Б, тел. 54-69-62, факс 54-38-98, E-mail: UprLicen@medfarm42.ru

г.Новокузнецк  
(место составления акта)

«14» января 2016 г.  
(дата составления акта)  
12 час 30 мин  
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ  
органом государственного контроля (надзора), органом  
муниципального контроля юридического лица,  
индивидуального предпринимателя  
№ 01-000621-15 (В)

по адресу:

**654054, Кемеровская область, г.Новокузнецк, ул.Новосёлов, д.43**  
(место проведения проверки)

На основании приказа управления от 30.12.2015 г. №1133  
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)

была проведена внеплановая выездная  
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

**проверка в отношении: муниципального бюджетного дошкольного образова-**  
**тельного учреждения «Детский сад №253» (МБ ДОУ «Детский сад №253»)**  
(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки: с 14.01.2016 по 14.01.2016

"\_\_" \_\_\_\_\_ 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 индивидуально-го предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 1 рабочий день  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельно-  
сти Кемеровской области  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

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

14.01.2016г. в 12 час 00 мин заведующий МБ ДОУ «Детский сад №253» Каширина  
Ирина Александровна  
(фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется), 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), проводившие проверку:

Гришаева Наталья Олеговна – главный специалист отдела лицензирования медицинской деятельности.

(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 с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

заведующий МБ ДОУ «Детский сад №253» Каширина Ирина Александровна

(фамилия/ имя, отчество (в случае, если имеется), 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): **не выявлено**

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям: **не проверялось**

(с указанием положений (нормативных) правовых актов)

Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля: **не проверялось**

(с указанием реквизитов выданных предписаний)

Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям. **Имеются, соответствуют установленным требованиям.**

Наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке. **Имеются, соответствуют установленным требованиям.**

Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих медицинское, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста. **Имеются, соответствуют установленным требованиям.**

Наличие у лицензиата договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление деятельности по техническому обслуживанию медицинской техники. На проверке представлены результаты технического обслуживания медицинского оборудования. **Имеются, соответствуют установленным требованиям.**

В результате проведенной внеплановой выездной проверки установлено соответствие лицензиата муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №253» (МБ ДОУ «Детский сад №253») лицензионным требованиям к состоянию помещений, зданий, сооружений, технических средств, оборудования, иных объектов, которые предполагается использовать при осуществлении медицинской деятель-

ности и специалистов, необходимых для осуществления медицинской деятельности, по адресу осуществления деятельности:

**654054, Кемеровская область, г.Новокузнецк, ул.Новосёлов, д.43**

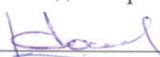
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

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

вакцинации (проведению профилактических прививок)

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: нет

Подписи лиц, проводивших проверку:

Главный специалист

Гришаева Н.О.

  
(подпись)

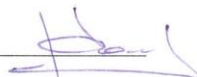
С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):



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

«14» января 2016 г.

(подпись)



Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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