



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральная служба по надзору
в сфере здравоохранения

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

216571, Смоленская область
Ершичский район, село Ворга,
улица Дзержинского,
дом 18

(место составления акта)

“ 03 ” июля 20 19

(дата составления акта)

12 ч. 00 мин.

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 88

По адресу/адресам: 216571, Смоленская область, Ершичский район, село Ворга,
улица Дзержинского, дом 18.

(место проведения проверки)

На основании: Приказа заместителя руководителя Территориального органа
Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Смоленской области № П67-
117/19 от 24.06.2019

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

в период с 27.06.2019 по 03.07.2019 проведена внеплановая выездная
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

проверка в отношении Смоленского областного государственного бюджетного
учреждения «Воргинский психоневрологический интернат» (далее – СОГБУ «Воргинский
ПНИ»).

(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 ___
“ ___ ” _____ 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: 5 рабочих дней
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: комиссией Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Смоленской области

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении выездной проверки) директор Смоленского областного государственного бюджетного учреждения "Воргинский психоневрологический интернат" Аполлонова Татьяна Васильевна путем получения копии приказа по официальной электронной почте 24.06.2019 в 15 часов 24 минуты

(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:

Голанская Ольга Николаевна – заместитель начальника отдела организации контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг и фармацевтической деятельности Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Смоленской области – председатель комиссии;

Глухова Елена Николаевна – специалист-эксперт отдела организации контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг и фармацевтической деятельности Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Смоленской области;

Першина Людмила Геннадьевна – специалист-эксперт отдела организации контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг и фармацевтической деятельности Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Смоленской области.

(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 Смоленского областного государственного бюджетного учреждения "Воргинский психоневрологический интернат" Аполлонова Татьяна Васильевна.

(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): _____

нарушений не выявлено: Предписания № 27 об устранении выявленных нарушений от 27.03.2019 (срок исполнения до 20.05.2019) Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Смоленской области исполнено.

(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:

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:

1. Копия Распоряжения Администрации Смоленской области от 29.11.2018 № 1822-р/адм – 1 л.
2. Ответ директора Аполлоновой Т.В. на предписание с приложением – 55 л.
3. Копия приказа директора СОГБУ «Воргинский ПНИ» о возложении обязанностей заведующего отделением психоневрологического типа – 1 л.
4. Копия штатного расписания – 2 л.
5. Справка об укомплектованности учреждения медицинским персоналом – 1 л.
6. Копия договора на поставку оргтехники № ИМЗ-2019-004839 от 23.05.2019 г. – 4 л.
7. Копия истории болезни № 1486/24 - 4 л.

Подписи лиц, проводивших проверку:

(подпись уполномоченных должностных лиц, проводивших проверку)

С актом проверки со стороны Смоленского областного государственного бюджетного учреждения "Воргинский психоневрологический интернат" ознакомлен(ы), копию акта со всеми приложениями получил:

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

" " 20 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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