

Министерство здравоохранения Тульской области(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)**РАСПОРЯЖЕНИЕ (ПРИКАЗ)**

органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля
о проведении плановой, выездной проверки

(плановой/внеплановой, документарной/выездной)**юридического лица, индивидуального предпринимателя**от "26" 04 2016 г. № 448 -осн

1. Провести проверку в отношении: Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Воскресенская средняя общеобразовательная школа муниципального образования Дубенский район»

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

2. Место нахождения:

301150, Тульская область, Дубенский район, Воскресенское, Школьная, д. 14 а;

место осуществления деятельности:

301150, Тульская область, Дубенский район, Воскресенское, Школьная, д. 14 а.

(юридического лица (их филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений) или место жительства индивидуального предпринимателя и место(а)фактического осуществления их деятельности)

3. Назначить лицом(ми), уполномоченным(ми) на проведение проверки:

Мамчева Глеба Геннадьевича – главного советника отдела организации медицинской помощи взрослому населению департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области.

Андреева Алексея Николаевича – главного специалиста-эксперта отдела лицензирования и контроля качества медицинской помощи департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области.

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), уполномоченного(ых) на проведение проверки)

4. Привлечь к проведению проверки в качестве экспертов, представителей экспертных организаций следующих лиц: не требуется

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности привлекаемых к проведению проверки экспертов и (или) наименование экспертной организации с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство об аккредитации)

5. Установить, что:

настоящая проверка проводится с целью: контроля за соблюдением лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково» в соответствии с утвержденным планом проверок министерства здравоохранения Тульской области на 2016 год.

При установлении целей проводимой проверки указывается следующая информация:

а) в случае проведения плановой проверки:

– ссылка на утвержденный ежегодный план проведения плановых проверок;

б) в случае проведения внеплановой выездной проверки:

– реквизиты ранее выданного проверяемому лицу предписания об устранении выявленного нарушения, срок для исполнения которого истек;

– реквизиты обращений и заявлений граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, поступивших в органы государственного контроля (надзора), органы муниципального контроля;

– реквизиты приказа (распоряжения) руководителя органа государственного контроля (надзора), изданного в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации;

– реквизиты требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов и реквизиты прилагаемых к требованию материалов и обращений;

в) в случае проведения внеплановой выездной проверки, которая подлежит согласованию органами прокуратуры, но в целях принятия неотложных мер должна быть проведена незамедлительно в связи с причинением вреда либо нарушением проверяемых требований, если такое причинение вреда либо нарушение требований обнаружено непосредственно в момент его совершения:

– реквизиты прилагаемой копии документа (рапорта, докладной записки и другие), представленного должностным лицом, обнаружившим нарушение;

задачами настоящей проверки являются: осуществление контроля соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»

6. Предметом настоящей проверки является (отметить нужное):

соблюдение обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами;

соответствие сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям;

выполнение предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля;

проведение мероприятий:

по предотвращению причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде;

по предупреждению возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

по обеспечению безопасности государства;

по ликвидации последствий причинения такого вреда.

7. Срок проведения проверки: 20 рабочих дней

К проведению проверки приступить
с "04" мая 2016 г.

Проверку окончить не позднее
"01" июня 2016 г.

8. Правовые основания проведения проверки:

-Ст. 9, 12, 13 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора)»
-п.2 ст.5; п. 1 ст.7; пп.46 п.1 ст. 12; п.8, ст. 19; Федерального закона № 99-ФЗ от 04.05.2001 года «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- п. п. 2 «б», 4, 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №291;

(ссылка на положение нормативного правового акта, в соответствии с которым осуществляется проверка,
ссылка на положения (нормативный) правовой акта, устанавливающих требования, которые являются предметом проверки)

9. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки: осмотр материально-технического оснащения, используемого для осуществления медицинской деятельности – 15 дней, изучить иные документы, из перечисленных в п. 11 настоящего приказа – 5 дней.

10. Административный регламент проведения проверок при осуществлении регионального государственного контроля (надзора), утвержденный приказом министерства здравоохранения и социального развития Тульской области от 03.02.2012 г. № 138-осн.

(с указанием наименований, номеров и дат их принятия)

11. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- документы о наличии принадлежащих соискателю лицензии 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;

- дипломы с профессиональным (медицинском) образованием; удостоверения об окончании интернатуры, ординатуры, дипломы о профессиональной переподготовке, справки об

- окончании аспирантуры; документы, подтверждающие наличие специализации, свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет;
- документы о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи;
 - документы об оказываемых медицинских услугах, установленном порядке оказания платных услуг;
 - договор с организацией, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание медицинской техники (с перечнем изделий медицинского назначения, согласованный участниками договора). Перечень ИМТ является неотъемлемой частью договора;
 - договор с организацией, осуществляющей поверку измерительных приборов с перечнем измерительных приборов;
 - копии лицензий организаций, осуществляющих гарантийное или техническое обслуживание медицинской техники, а также копии лицензий или аттестатов аккредитации организаций, осуществляющих поверку измерительных приборов;
 - акт о выполнении работ по комплексному техническому обслуживанию медицинской техники (с перечислением изделий медицинской техники);
 - акт о выполнении работ по метрологическому обеспечению средств измерений;
 - если обслуживание производится своими специалистами: документы на специалистов-инженеров (дипломы о профессиональном образовании, повышение квалификации за последние 5 лет), оснащение специалистов.

**Заместитель министра –
директор департамента здравоохранения
министерства здравоохранения
Тульской области**

А.В. Караваев

(должность, фамилия, инициалы; руководителя, заместителя руководителя органа
государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, заказчика
распоряжение или приказ о проведении проверки)



(подпись, заверенная печатью)

Андреев Алексей Николаевич – главный специалист-эксперт отдела лицензирования и контроля качества медицинской помощи департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области, тел: 8(4872) 37-75-07, Aleksey.Andreev@tularegion.ru

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения (приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

Министерство здравоохранения Тульской области

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

с. Воскресенское
(место составления акта)

“ 26 ” 05 20 16 г.
(дата составления акта)
16.00
(время составления акта)

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

№ _____

По адресу/адресам: 301150, Тульская область, Дубенский район, Воскресенское, Школьная, д.14а.
(место проведения проверки)

На основании: приказа заместителя министра – директора департамента здравоохранения
министерства здравоохранения Тульской области А.В. Караваяева от 26.04.2016 г. № 448-осн

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)

была проведена _____ плановая выездная _____ проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Муниципального бюджетного общеобразовательного
учреждения «Воскресенская средняя
общеобразовательная школа муниципального
образования Дубенский район»

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ 26 ” 05 20 16 г. с 09 час. 00 мин. до 16 час. 00 мин. Продолжительность 7ч

“ _____ ” _____ 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: _____ Министерством здравоохранения Тульской 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 – Панчева Татьяна Ивановна

26.04.2016

10 ч.00 мин

Т.И. Панчева

(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:

Мамчев Глеб Геннадьевич – главный советник отдела медицинской помощи взрослому населению
департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области;

Андреев Алексей Николаевич – главный специалист-эксперт отдела лицензирования и контроля качества медицинской помощи департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской 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 – Панчева Татьяна Ивановна

(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, по адресам мест осуществления лицензируемых видов деятельности: 301150, Тульская область, Дубенский район, Воскресенское, Школьная, д.14а.

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:

Подписи лиц, проводивших проверку: _____

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

Директор – Панчева Татьяна Ивановна

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

“ 26 ” 05 20 16 г.

✓ Жанс
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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