



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

г. Краснодар  
(место составления акта)

“ 08 ” сентября 20 15 г.  
(дата составления акта)  
11 час. 30 мин.  
(время составления акта)

### АКТ ПРОВЕРКИ

органом государственного контроля (надзора), органом муниципального  
контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя  
**№ 247/15**

#### По адресу/адресам:

350000, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276  
(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства здравоохранения Краснодарского края от 13.08.2015  
№4617 «О проведении внеплановой документарной проверки юридического лица,  
индивидуального предпринимателя»

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

была проведена внеплановая документарная

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

проверка в отношении: муниципального бюджетного дошкольного образовательного  
учреждения – детский сад комбинированного вида № 3 станицы Старовеличковской (далее  
МБДОУ – д/с № 3 ст. Старовеличковской).

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

#### Дата и время проведения проверки:

" " 2015 г. с \_\_\_ час. \_\_\_ мин. до \_\_\_ час. \_\_\_ мин. Продолжительность \_\_\_ часов

" " 2015 г. с \_\_\_ час. \_\_\_ мин. до \_\_\_ час. \_\_\_ мин. Продолжительность \_\_\_ часов

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств,

● обособленных структурных подразделений юридического лица или при  
осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 17 рабочих дней (с 17.08.2015 по 08.09.2015)  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством здравоохранения Краснодарского края

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

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

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

**Лицо(а), проводившее проверку:**

Степанец Наталия Ивановна - главный консультант отдела по лицензированию медицинской деятельности управления по лицензированию министерства здравоохранения Краснодарского края.

(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:**

(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

**В ходе проведения проверки:**

При проведении внеплановой документарной проверки МБДОУ – д/с № 3 ст. Старовеличковской по устранению нарушений, указанных в предписании от 19.02.2015 №34/15, изучена представленная заведующим информация с приложением копий материалов.

Лицензиатом приняты меры, направленные на устранение нарушений. Приобретено следующее медицинское оборудование: оториноскоп с набором воронок; комплект воздуховодов для искусственного дыхания «рот в рот»; аппарат искусственной вентилиции легких Амбу (мешок Амбу); носилки; травматологическая укладка; зонды желудочные; термоконтейнер для транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов; емкость для дезинфицирующих средств; емкость - непрокальваемый контейнер с крышкой для дезинфекции отработанных шприцев, тампонов, использованных вакцин; ширма медицинская; пинцет; корнцанг, что подтверждено представленной оборотно-сальдовой ведомостью.

Изучив представленную информацию с приложением копий материалов, установлено, что лицензиатом мероприятия по устранению нарушений выполнены в полном объеме.

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:**

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:**

- информация заведующего МБДОУ – д/с № 3 ст. Старовеличковской по устранению нарушений от 30.06.2015 с приложениями;
- информация заведующего МБДОУ – д/с № 3 ст. Старовеличковской от 26.08.2015 с приложениями.

**Подписи лиц, проводивших проверку:**

Главный консультант отдела по лицензированию  
медицинской деятельности  
управления по лицензированию  
**Н.И.Степанец**

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

Журавлева Татьяна Павловна, зав. МБДОУ-д/с № 3  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

“ 08 ” 09 20 15 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:** \_\_\_\_\_