

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
(Территориальный орган Росздравнадзора по Волгоградской области)**

г. Волгоград  
(место составления акта)

«19» марта 2020 г.  
(дата составления акта)  
16 ч. 45 мин.  
(время составления акта)

**Акт проверки  
органом государственного контроля (надзора), органом муниципального  
контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя  
№ 103 /342004340913**

по адресу:

- 400098, г. Волгоград, ул. Советская, д. 5, офис 9 этаж,  
(место проведения проверки)

на основании: приказа Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по Волгоградской области № 107 от 04.03.2020  
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:

государственного бюджетного специализированного стационарного учреждения социального  
обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов «Волжский психоневрологический  
интернат» (далее – ГБССУ СО ГПВИ «Волжский ПНИ»)

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

Дата и время проведения проверки:

«\_\_» \_\_ 2020 г. с \_\_ час. \_\_ мин. до «\_\_» \_\_ 2020 г. до \_\_ часов. \_\_ мин.

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при  
осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Продолжительность проверки: 8 рабочих дней (80 рабочих часов).

Акт составлен: Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по Волгоградской области

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен: \_\_\_\_\_

(заполняется при проведении выездной проверки)  
(фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: \_\_\_\_\_

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лица, проводившие проверку:

Сторожева Марина Сергеевна – врио начальника отдела организации контроля обращения  
лекарственных средств Территориального органа Росздравнадзора по Волгоградской области,  
председатель;

Сафронова Ирина Валентиновна – главный государственный инспектор отдела организации  
контроля обращения лекарственных средств Территориального органа Росздравнадзора по  
Волгоградской области.

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае  
привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных организаций указывается (фамилия, имена, отчества (последнее – при наличии),  
должности экспертов и/или наименование экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа  
по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовал: \_\_\_\_\_

(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)

Проведена проверка исполнения ГБССУ СО ГПВИ «Волжский ПНИ» требований, указанных в  
предписании от 03.04.2019 № 53.

В ходе проверки установлено:

Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): \_\_\_\_\_

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: п. 1 – п. 2 предписания № 53 от 03.04.2019.

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:

- пакет документов от ГБССУ СО ГПВИ «Волжский ПНИ» от 03.03.2020 № 255 (входящий номер 707 от 03.03.2020) на 19 л. в 1 экз.; от 17.03.2020 № 311 (входящий номер 900 от 18.03.2020) на 126 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Врио начальника отдела организации контроля обращения лекарственных средств Территориального органа Росздравнадзора по Волгоградской области  
Сторожева М.С.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Главный государственный инспектор отдела организации контроля обращения лекарственных средств Территориального органа Росздравнадзора по Волгоградской области  
Сафронова И.В.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

на проверку от 19.03.2020 Мотаров Николай Сергеевич

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«19» марта 2020 г.

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: \_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)