



## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

### Акт № 368

#### внеплановой документарной и выездной проверки возможности соблюдения лицензионных требований в связи с переоформлением лицензии на медицинскую деятельность

г. Тюмень  
05.12.2018г.  
10.00

(время составления акта)

По адресу/адресам: 625007, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Депутатская, д. 78, корп.1/1, на основании приказа директора департамента здравоохранения И.Б. Куликовой от 20.11.2018 № 360-пл

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата), фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется), должность руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, издавшего распоряжение или приказ о проведении проверки)

была проведена проверка в отношении: общества с ограниченной ответственностью «Вега-инвест», ООО «Вега-инвест».

(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется)  
отчество индивидуального предпринимателя)

адрес места нахождения юридического лица: 625007, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Депутатская, д. 78, корп.1/2.

контактный телефон: 44-05-17 89097355731

- в связи с намерением осуществлять медицинскую деятельность по адресу (адресам), не указанному (указанным) в действующей лицензии на медицинскую деятельность: 625007, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Депутатская, д. 78, корп.1/1

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: медицинскому массажу.

Дата и время проведение проверки:

26.11.2018, выездная

Продолжительность 1 час

Общая продолжительность проверки: с 21.11.2018 по 05.12.2018 11 дней  
(дней/часов)

Акт составлен: Департамент здравоохранения Тюменской области



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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен:

(заполняется при проведении выездной проверки)

*Кожевникова Алена Михайловна (по доверенности)*

(фамилии, имена, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

Лицо(а), проводившее проверку: *главный специалист отдела лицензирования и качества медицинской помощи Рыбакова Татьяна Ивановна*

(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:

*Кожевникова Алена Михайловна (по доверенности)*

(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 результате проверки установлено:

1. Наличие лицензии на медицинскую деятельность.

*№ ЛО-72-01-001581 от 09.07.2014*

2. Наличие регистрационных документов (проверка соответствия сведений из единого государственного реестра юридических лиц/единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, постановке на учет в налоговом органе)

ОГРН 1108904000920      ИНН      8904063721

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

(проверка пп. а п.4 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 Российской Федерации от 16.04. 2012 г. N291 )

*Соответствует.*

4. Наличие 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;

(проверка пп. б п.4 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 Российской Федерации от 16.04. 2012 г. N291 )

*Соответствует.*

5. Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием);



(проверка пп. д п.4 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 Российской Федерации от 16.04. 2012 г. N291 )

*Соответствует.*

6. Повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы и услуги, не реже одного раза в 5 лет. Наличие специалистов, не прошедших повышение квалификации (проверка пп. г п.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 Российской Федерации от 16.04. 2012 г. N291 )

*Соответствует.*

7. Соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций;

(проверка пп. ж п. 4 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 Российской Федерации от 16.04. 2012 г. N291 )

*не оценивалось.*

8. Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

(проверка пп. е п. 4 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 Российской Федерации от 16.04. 2012 г. N291 )

*Соответствует.*

9. Наличие порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; (проверка пп. а, б п.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 Российской Федерации от 16.04. 2012 N 291);

*Соответствует.*

**Выводы:** В ходе проведения проверки:

**Установлено соответствие ООО «Вега-инвест» лицензионным требованиям, установленным Положением о лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» по заявленным работам (услугам).**



~~Выявлено несоответствие \_\_\_\_\_ обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов):~~

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 документы: \_\_\_\_\_

Подписи лиц, проводивших проверку: *главный специалист отдела лицензирования и качества медицинской помощи*

*Рыбакова Татьяна Ивановна* \_\_\_\_\_

*главный специалист отдела лицензирования и качества медицинской помощи Куц Татьяна Владимировна* \_\_\_\_\_

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

*Кожевникова Алена Михайловна (по доверенности)*

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), 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)