ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18.07.2022 667

Вологда

О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540

В соответствии со статьями 13, 19.1, 21 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Губернатора области 20 ноября 2013 года № 547 «Об утверждении Административного регламента предоставления департаментом здравоохранения Вологодской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями, осуществляющими деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» следующие изменения:

дополнить приложением 15 согласно приложению 1 к настоящему приказу;

дополнить приложением 16 согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Начальник департамента А.Г. Плотников

Приложение 1 к приказу
департамента
здравоохранения области
от 18.07.22 № 667

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года №
540
(приложение 15)

Форма

Департамент здравоохранения Вологодской области

РЕШЕНИЕ

о проведении выездной оценки
соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям

от «___» _____ 20___ года № _____

1.Провести выездную оценку соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям в отношении: _____
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя), номер лицензионного дела, дата

2. Место нахождения:
адреса деятельности:
_____
(юридического лица (их филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений) или место(а) фактического осуществления деятельности индивидуального предпринимателя)

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение оценки:
(фамилия, имя, отчество лиц участвующих в оценке)
_____

4. Срок проведения оценки: _____
К проведению оценки приступить с «____» _____ 20____ года.
Оценку окончить не позднее «____» _____ 20_____ года.

5. Правовые основания проведения оценки:

_____

6. Предметом настоящей оценки является:

_____

7. Обязательные требования, подлежащие оценке:

_____

8. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач оценки:

_____

_____	_____	_____
(должность уполномоченного должностного лица департамента здравоохранения области)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (отчество указывается при наличии) должностного лица департамента здравоохранения области)

Приложение 2 к приказу
департамента
здравоохранения области
от 18.07.2022 № 667

«Утверждена
Приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года
№ 540
(приложение 16)

Форма

Департамент здравоохранения Вологодской области
(наименование лицензирующего органа)

_____ ___ _____ 20__ г.
(место составления акта) (дата составления акта)

_____ч _____ мин
(время составления акта)

АКТ ОЦЕНКИ
соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям

№ ____

По адресу/адресам:

_____
(место проведения оценки, отметка об использовании средств дистанционного взаимодействия)

На основании: решения уполномоченного должностного лица департамента здравоохранения Вологодской области от «___»_____20___ г. № _____

_____
(реквизиты решения о проведении оценки)

была проведена выездная оценка соответствия соискателя лицензии / лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности
(лицензируемый вид деятельности)

в отношении:

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

Дата и время проведения оценки: с «___» _____ 20__ г. с __ час __ мин до «____» _____ 20__ г. __ час. ___ мин.

Продолжительность _____ (____ часов)

О проведении выездной оценки соискатель лицензии / лицензиат уведомлен «___» _____ 20___ г._____
(дата, способ)

Лицо(а), проводившее оценку:

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) оценку)

При проведении оценки присутствовали:

_____

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

В результате оценки соответствия установлено:

_____

(нормативный правовой акт с указанием структурной единицы)

несоответствие соискателя лицензии / лицензиата лицензионным требованиям: -

_____

(с указанием, каким именно лицензионным требованиям не соответствует и каким нормативным правовым актом с указанием структурной единицы установлено требование)

Прилагаемые к акту документы:_____

_____

Подписи лиц, проводивших оценку: _____

_____

С актом оценки ознакомлен(а), копию акта получил(а)

_____

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

«___» _____ 20__ г.

_____

(подпись)