

Серия ЛО-25



№ 003394

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ

ЛИЦЕНЗИЯ

№ ЛО-25-01-003918

от « 14 » октября 2016 г.

На осуществление

(указывается лицензируемый вид деятельности)

Медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности, в соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»: (указываются в соответствии с перечнем работ (услуг), установленным положением о лицензировании соответствующего вида деятельности)

Согласно приложению (ям) к лицензии

Настоящая лицензия предоставлена: (указывается полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование (в том числе фирменное наименование), организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, наименование и реквизиты документа, удостоверяющего его личность)

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР
СОДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОМУ УСТРОЙСТВУ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ,
ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, С.ЯКОВЛЕВКА"
КГКУ "ЦЕНТР СОДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОМУ УСТРОЙСТВУ С.ЯКОВЛЕВКА"**

Основной государственный регистрационный номер юридического лица
(индивидуального предпринимателя)(ОГРН) **1022500512528**

Идентификационный номер налогоплательщика **2535003815**

Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности (указываются адрес места нахождения (место жительства - для индивидуального предпринимателя) и адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

692361, Приморский край, Яковлевский район, с. Яковлевка,

ул. Лазо, д.11

Адреса мест осуществления деятельности согласно приложению(ям)

Настоящая лицензия предоставлена на срок:

бессрочно

до « _____ » _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа - приказа (распоряжения) от « _____ » _____ г. № _____

Настоящая лицензия переоформлена на основании решения лицензирующего органа - приказа (распоряжения) от « 14 » октября 2016 г. № 288 ЛОМ

Настоящая лицензия имеет 1 приложение (приложения), являющееся ее неотъемлемой частью на 1 листах.

**И.о. директора департамента
здравоохранения
Приморского края**

(должность уполномоченного лица)



М.П.

Т.Л. Курченко

(Ф.И.О. уполномоченного лица)

Серия ЛО-25



№ 018937

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к лицензии № ЛО-25-01-003918 от «14» октября 2016 г.

на осуществление

Медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на

выданной (наименование территории инновационного центра "Сколково") (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОДЕЙСТВИЯ
СЕМЕЙНОМУ УСТРОЙСТВУ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ
ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, С ЯКОВЛЕВКА"**

адреса мест осуществления лицензированной деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги

692361, Приморский край, Яковлевский район, с. Яковлевка, ул. Лазо, д.11

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: сестринскому делу в педиатрии.

И.о. директора департамента
здравоохранения
Приморского края

(должность уполномоченного лица)



М.П.

Т.Л. Курченко

(Ф.И.О. уполномоченного лица)

Приложение является неотъемлемой частью лицензии



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ**

**ул. 1-я Морская, 2 г. Владивосток, Приморский край, 690 007
телефон: (423)241-21-25; факс (423)241-24-59**

г. Владивосток
(место составления акта)

14.10.2016 г.
(дата составления акта)
16-40
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора) юридического лица
N 520 ЛОсм**

По адресу: г. Владивосток, ул.1-я Морская, 2
(место проведения проверки)

На основании приказа департамента здравоохранения Приморского края от
13.10.2016 № 520 ЛОсм

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

была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

**КРАЕВОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ЦЕНТР
СОДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОМУ УСТРОЙСТВУ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ,
ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, С.ЯКОВЛЕВКА».**

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

Дата и время проведения проверки:

« » _____ 20 г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность ____
« » _____ 20 г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность ____

Общая продолжительность проверки: 02 рабочих дня.
(рабочих дней, часов)

Акт составлен: департаментом здравоохранения Приморского края
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

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

проверка без выезда

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения
проверки : (согласование не требуется)

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Лазненко Ольга Юрьевна – ведущий
специалист - эксперт департамента здравоохранения Приморского края.

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц),
проводившего (их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных
организаций указываются фамилии, 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 присутствовали: без присутствия представителя.
(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), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

1. Не выявлено несоответствия сведений, содержащихся в заявлении о переоформлении лицензии и документах положениям частей 1 и 10 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

2. Не выявлено несоответствия сведений о лицензиате, содержащихся в заявлении о переоформлении лицензии и документах сведениям, содержащимся в Едином государственном реестре юридических лиц .

Запись в Журнал учета проверок юридического лица (индивидуального предпринимателя) проводимых органами государственного контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверявшего)

(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 проверявшего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы:

Подпись лица, проводившего проверку:

Лазненко О.Ю.

С актом проверки ознакомлен (а), копию акта со всеми приложениями получил(а): *Целин Виктор Иванович представитель КПКУ, Центр содействия самейному устройству с Яковлева*

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

"14" 10 2016 г.
(Дата) (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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