Изображение Государственного герба ДНР

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ СЛУЖБА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

контактная информация лицензирующего органа

**АКТ ПРОВЕРКИ**

**о наличии материально-технической базы и**

**квалифицированного персонала, необходимых для осуществления розничной торговли лекарственными средствами**

**для медицинского применения**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ | №\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | | **Общая информация** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | | Сведения о лицах, составивших Акт: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| наименование должности, фамилия, имя, отчество | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1.2 | | Сведения о лице Субъекта хозяйствования, в присутствии которого составлен акт проверки наличия материально-технической базы и квалифицированного персонала, необходимых для осуществления розничной торговли лекарственными средствами для медицинского применения (далее – Акт) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| наименование должности, фамилия, имя, отчество  (доверенность при наличии) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1.3 | | Дата составления Акта | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **2** | | | **Сведения о субъекте хозяйствования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | | | Для юридического лица: | | | | | | | | | | | | | | Для физического лица - предпринимателя: | | | | | |
| наименование | | | | | |  | | | | | | | | фамилия | | |  | | |
| имя | | |  | | |
| отчество | | |  | | |
| телефон | | |  | | |
| идентификационный код | | | | | |  | | | | | | | | идентификационный код | | | | |  |
| форма собственности | | | | | |  | | | | | | | |
| 2.2 | | | Сведения о руководителе субъекта хозяйствования: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| фамилия | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| имя | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| отчество | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| телефон | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Продолжение таблицы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 | | | Местонахождение юридического лица или места жительства физического лица - предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Электронный адрес: | | | | | | | E-mail: | | | | | | | | | | | | |
| **3** | **Сведения о материально-технической базе** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Аптечная организация | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Аптека | | | | | |  | | | | номер | | | | |  | | наименование аптечной организации  (при наличии) | | |  | |
| Аптечный пункт | | | | | |  | | | |
| 3.2 | место осуществления деятельности аптечной организации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3 | Режим работы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| с | | |  | по |  | | | | | | | | выходные дни | | | | |  | | | |
| 3.4 | Характеристика здания, в котором размещена аптечная организация | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Общий входной тамбур | | | | | | | | | | | | да  нет  если «да», то указать, с каким помещением: | | | | | | | | | |
| Количество этажей | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Основное использование здания | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Помещение выведено из жилого фонда (при условии, что оно находится в жилом здании) | | | | | | | | | | | | да  нет | | | | | | | | | |
| 3.5 | Правовое основание для использования помещения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Помещение используется на правах | | | | | | | | | | | | собственности  пользования | | | | | | | | | |
| Документ, который подтверждает право собственности или пользования помещением | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3.6 | Характеристика помещения, в котором размещена аптечная организация | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| изолированное | | | | | | | | | | | | да  нет | | | | | | | | | |
| многоэтажное | | | | | | | | | | | | да  нет  если «да», то минимум один из залов обслуживания населения расположен на первом этаже с обязательной организацией одного рабочего места для отпуска лекарственных средств  да  нет | | | | | | | | | |

Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | имеется отдельный самостоятельный выход наружу | да  нет | | | | | | |
| совмещенное | да  нет  если «да», то совмещенное з торговым центром, санаторно-курортным учреждением, отелем, аэропортом, вокзалом, медицинской организации (необходимое подчеркнуть) | | | | | | |
| зал обслуживания населения находится на первом этаже | да  нет  если «нет», то уровень пола зала обслуживания населения не ниже/выше планировочного уровня земли больше чем на 0,5 метра да  нет | | | | | | |
| помещение находится в медицинской организации | да  нет  если «да», то указать этаж, на котором расположена аптечная организация | | | | | | |
| 3.7 | Наличие инженерного оборудования для обеспечения: | | | | | | | |
| теплоснабжение | центральное  автономное  отсутствует | | | | | | |
| водоснабжение | центральное  автономное  отсутствует | | | | | | |
| освещение | электрическое  природное  электрическое+природное | | | | | | |
| канализация | центральная  автономная  отсутствует | | | | | | |
| 3.8 | Структура аптечной организации | | | | | | | |
| Общая площадь,  в том числе площадь: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.м | | | | | |
| торгового зала | | ≥ 18 кв.м да  нет | | | | | |
|  | |  | (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа) | | | |  |
|  | | ≥ 10 кв.м да  нет | | | | | |
|  | |  | | (для аптек, расположенных в селах) | |  | |
| помещений хранения лекарственных средств | | ≥ 10 кв.м да  нет | | | | | |
|  | (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа) | | | |  |
|  | | ≥ 6 кв.м да  нет |  | | |
| (для аптек, расположенных в селах) | | | | | |

Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | помещений персонала | | | ≥ 8 кв.м да  нет | | | | | | | | |
|  | (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа) | | | | | | |  |
|  | | | ≥ 4 кв.м да  нет | | | |  | |
| (для аптек, расположенных в селах) | | | | | | | | |
| В аптечной организации имеются:  Туалет с раковиной | | | да  нет | | | | | | | | |
| место санитарной обработки рук | | | да  нет | | | | | | | | |
| 3.9 | Обустройство аптечной организации | | | | | | | | | | | |
| Оборудование для хранения и отпуска лекарственных средств | | | | | | | шкафы  стеллажи  холодильники  сейф  поддоны  экран для защиты от прямой  капельной инфекции | |  | | |
| Оборудование служебно-бытовых помещений | | | | | | | шкафы для раздельного хранения личной и технологической одежды  комната/шкаф для инвентаря  мебель для приема пищи  холодильник | |  | | |
| **4** | | **Сведения о квалификации персонала** | | | | | | | | | | |
| 4.1 | | Сведения о заведующей аптечной организации: | | | | | | | | | | |
| фамилия |  | | | | | | | | | |
| имя |  | | | | | | | | | |
| отчество |  | | | | | | | | | |
| образование, наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность | | | |  | | | | | | |
| номер и дата заключения трудового договора, номер и дата приказа о назначении на должность | | | |  | | | | | | |
| Соответствие единым квалификационным требованиям | | | | да  нет | | | | | | |
| **5** | | **По адресу, указанному в пункте 3.2 главы 3 настоящего Акта, аптечная организация отсутствует** | | | | | | | да  нет | | | |

Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | **Заключение** | | | |
| 6.1 | Лицо субъекта хозяйствования подтверждает, что Акт составлен в его присутствии, с ним ознакомлен и ему предоставлен один экземпляр Акта | | | |
| 6.2 | Вся предоставленная в Акте информация является достоверной и полной | | | |
| Инициалы, фамилии, лиц, составивших Акт | |  | подписи |  |
| Инициалы, фамилия лица, в присутствии которого составлен Акт | |  | подпись |  |

Акт о наличии материально-технической базы и квалифицированного персонала, необходимых для осуществления розничной торговли лекарственными средствами для медицинского применения составлен должностными лицами

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(без замечаний/с замечаниями) (подпись) (дата)

М.П.

Пометка об отказе ознакомления и подписания с актом проверки

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (дата)

Примечание.

В нижнем колонтитуле каждой страницы Акта проверки указываются номер страницы и общее количество страниц, номер акта проверки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министр здравоохранения |  | В.В. Кучковой |