Приложение 3

к Порядку контроля (надзора) за соблюдением лицензионных условий осуществления медицинской деятельности

(пункт 2.9)

**ЖУРНАЛ**

**учета направлений на проведение проверок**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № № п/п | № направле-  ния на проведение проверки | Дата направления | Вид проверки | Наименование субъекта хозяйствования, юридический адрес (адрес регистрации места проживания) | Место (места) осуществления  медицинской деятельности | Фамилия, инициалы сотрудников органа лицензирования | Срок проведе-  ния проверки | Фамилия, инициалы руководите-ля, подписавше  го направление | Под-пись сотруд-ника в получе-нии направ-ления |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |