

**Акт  
о результатах проверки субъекта здравоохранения**

1. Дата, время и место составления акта \_\_\_\_\_
2. Наименование органа контроля \_\_\_\_\_
3. Дата и номер акта о назначении проверки, зарегистрированного в УКПС  
и СУ ГП РК по городу \_\_\_\_\_ области от «  » \_\_\_\_\_ 20   года №
4. Ф.И.О. и должность лиц, проводивших проверку \_\_\_\_\_
5. Наименование или Ф.И.О. проверяемого субъекта, должность представителя  
физического или юридического лица, присутствовавших при проведении проверки  
\_\_\_\_\_
6. Дата, место проведения проверки \_\_\_\_\_
7. Проверяемый период \_\_\_\_\_
8. Сведения о результатах проверки\*
9. Лист экспертной оценки медицинских услуг (прилагается \_\_\_\_\_ листов).
10. Выводы:
11. Рекомендации:

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Независимый (профильный) эксперт \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Руководитель проверяемого субъекта здравоохранения \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Дата «  » \_\_\_\_\_ 20   год

\*Примечание: при плановых проверках использовать утвержденные проверочные листы, а также рекомендуется применять алгоритмы проверок по профилям; при внеплановых проверках также рекомендуется применять алгоритмы проверок по профилям и в случае необходимости использовать перечень вопросов проверочного листа.

Ч.Р.