

PATVIRTINTA
Nacionalinio transplantacijos biuro prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
direktorius 2017 m. gegužės 22 d.
įsakymu Nr. T1-39

(Patikrinimo akto forma)

**NACIONALINIS TRANSPLANTACIJOS BIURAS
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS**

Biudžetinė įstaiga, Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius, tel. / faks. (8 5) 279 6096, 204 0121,
el. p. info@transplantacija.lt. Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 193114935

PATIKRINIMO AKTAS

20__ m. _____ d. Nr. _____

(sudarymo vieta)

Vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių teisę teikti pagalbinių apvaisinimo paslaugas, planinių patikrinimų atlikimo tvarkos aprašu bei Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių teisę teikti pagalbinių apvaisinimo paslaugas, neplaninių patikrinimų atlikimo tvarkos aprašu, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1492 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių teisę teikti pagalbinių apvaisinimo paslaugas, planinių patikrinimų atlikimo tvarkos aprašo ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių teisę teikti pagalbinių apvaisinimo paslaugas, neplaninių patikrinimų atlikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir Nacionalinio transplantacijos biuro prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 20__ m. _____ d. įsakymu Nr. _____ atliktas planinis / neplaninis patikrinimas

(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, adresas, telefono numeris, el. pašto adresas, įstaigos kodas)

Patikrinimo dalykas: _____

Patikrinimo tikslas: _____

Patikrinimas pradėtas: _____ . Patikrinimas baigtas: _____
(data, laikas) (data, laikas)

Patikrinimas sustabdytas / pratęstas nuo 20__ m. _____ d. iki 20__ m. _____ d.

Patikrinimo atlikimo vieta: _____
(adresas)

Patikrinimo akto Nr. _____, _____
(data)

Priedami dokumentai:

klausimynas _____
(klausimyno Nr., lapų skaičius)

sveikatos priežiūros specialistų / kitų specialistų išvados _____
(lapų skaičius)

Patikrinimo išvada:

paslaugos teikiamos nepažeidžiant teisės aktų reikalavimų

paslaugos teikiamos pažeidžiant teisės aktų reikalavimus:

Siūlymai:

Nurodymai:

Priemonės, kurių turi imtis asmens sveikatos priežiūros įstaiga, turinti teisę teikti pagalbino apvaisinimo paslaugas, siekdama pašalinti nurodytų teisės aktų pažeidimus:

Iki _____ pašalinti nurodytus pažeidimus.
(data)

Pasibaigus pažeidimo pašalinimo terminui, per 3 darbo dienas _____

_____ (asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, adresas, telefono numeris, el. pašto adresas)
turi raštu pranešti ir pateikti dokumentus (jų esant), įrodančius patikrinimo metu nustatytų teisės aktų pažeidimų pašalinimą.

Patikrinimo akto Nr. _____, _____
(data)

Pastabos: _____

Vertinti dokumentai: _____

Patikrinimą atliko:

_____	_____	_____
<i>(pareigūno pareigos)</i>	<i>(parašas)</i>	<i>(vardas, pavardė)</i>
_____	_____	_____
<i>(pareigūno pareigos)</i>	<i>(parašas)</i>	<i>(vardas, pavardė)</i>
_____	_____	_____
<i>(pareigūno pareigos)</i>	<i>(parašas)</i>	<i>(vardas, pavardė)</i>

Patikrinimo aktą dviem egzemplioriais surašė

_____	_____	_____
<i>(pareigūno pareigos)</i>	<i>(parašas)</i>	<i>(vardas, pavardė)</i>

Nacionalinio transplantacijos biuro direktorius _____
(parašas) *(vardas, pavardė)*

* Su patikrinimo aktu susipažinau, vieną patikrinimo akto egzempliorių 20__ m. _____ d.
Nr. _____ gavau:

_____	_____	_____
<i>(pareigos)</i>	<i>(parašas)</i>	<i>(vardas, pavardė)</i>

* Jei įstaigos vadovas ar jo įgaliotas asmuo atsisako pasirašyti patikrinimo aktą, tai pažymima patikrinimo akte.

Patikrinimo akto Nr. _____, _____
(data)