Додаток 1
до Порядку проведення інспекційних та контрольних заходів на відповідність вимогам організації системи якості у закладі, який надає анатомічні матеріали (пункт 4 розділу II)

Примірник № ____

АКТ
інспекційної перевірки на відповідність

_____
(найменування закладу, який надає анатомічні матеріали)

вимогам щодо якості та безпеки тестування, вилучення, зберігання та транспортування анатомічних матеріалів № _____

_____
(повне найменування закладу, який надає анатомічні матеріали)

Тип заходу _____
(плановий, позаплановий)

Строк проведення інспекційної перевірки:
з «__»_____20___ року до «__»_____20___ року

Місце, за яким проводилася інспекційна перевірка:

_____
(поштовий індекс, область, район, місто, вулиця, номер будинку,
_____
номер телефону/телефаксу, адреса електронної пошти)

Підстава для проведення інспекційної перевірки: _____
_____
_____

Період діяльності закладу, який надає анатомічні матеріали, який перевірявся (у разі проведення планової інспекційної перевірки):

з «___» _____ 20__ року до «___» _____ 20__ року

Інспекційна перевірка проводилася комісією:

_____ _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (посада)

_____ _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (посада)

_____ _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (посада)

Інспекційна перевірка проводилась у присутності посадових осіб закладу, який надає анатомічні матеріали:

_____ _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (посада)

_____ _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (посада)

Питання, які перевірено:

Порядковий номер	Суть питання	Результат перевірки

Виявлена невідповідність вимогам щодо якості та безпеки тестування, вилучення, зберігання та транспортування анатомічних матеріалів:

Порядковий номер	Виявлена невідповідність вимогам щодо якості та безпеки тестування, вилучення, зберігання та транспортування анатомічних матеріалів	Обґрунтування

Перелік документів, копії яких додаються до акта інспекційної перевірки:

Порядковий номер	Назва документа	Реквізити документа	Кількість сторінок

Голова комісії:

_____ _____ «___» _____ 20__ р.
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (дата підписання акта)

Члени комісії:

_____ _____ «___» _____ 20__ р.
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (дата підписання акта)

_____ _____ «___» _____ 20__ р.
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (дата підписання акта)

Керівник закладу, який надає анатомічні матеріали:

_____ _____ «___» _____ 20__ р.
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (дата підписання акта)

_____