



Омбудсман України
Ombudsman of Ukraine

ЗВІТ

про результати відвідування
Обласного комунального некомерційного підприємства
«Чернівецька обласна психіатрична лікарня»

17.06.2026

м. Київ, 2026

I. ВСТУП

Для виконання функцій національного превентивного механізму відповідно до Факультативного протоколу до Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують, видів поводження та покарання, на підставі статей 13, 19¹, 22 Закону України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини», 17.06.2026 групою національного превентивного механізму (далі – НПМ) здійснено відвідування Обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» (далі – лікарня, заклад, ЧОПЛ).

Відвідування здійснювали наступні члени групи НПМ:

Нікулін Віталій Андрійович, представник Уповноваженого з прав людини в місцях несвободи;

Петросов Владислав Георгійович, начальник відділу реалізації національного превентивного механізму у сфері охорони здоров'я Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (керівник групи);

Бардаш Олена Анатоліївна, головний спеціаліст відділу реалізації національного превентивного механізму у сфері охорони здоров'я Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини;

Русавська Оксана Олексіївна, головний спеціаліст відділу реалізації національного превентивного механізму у сфері охорони здоров'я Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини;

Середенко Валерія В'ячеславівна, головний спеціаліст Відділу сприяння роботі регіональних представництв Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини;

Ціомік Олександр Вадимович, фахівець з питань проведення фахових досліджень під час відвідування місць несвободи в рамках реалізації національного превентивного механізму (лікар-психіатр);

Яковенко Віра Сергіївна, представник громадської організації;

Марі Брасхольт (Marie Brasholt), медичний директор Департаменту превенції та притягнення до відповідальності DIGNITY (Данського інституту з протидії катуванням) та іноземний фахівець з питань запобігання катуванням та жорстокому, нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню;

Софі Вінкель Естергор (Sophie Winkel Østergaard), медичний радник міжнародної організації DIGNITY (Данського інституту з протидії катуванням) та іноземний фахівець з питань запобігання катуванням та жорстокому, нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню;

Загальна інформація.

Керівництво: Левицька Анжела Петрівна – генеральний директор.

Заклад знаходиться за адресою: м. Чернівці, вул. Кольбенгаєра Еріха, 2.

Основною метою діяльності закладу є забезпечення реалізації права громадян на охорону здоров'я шляхом надання своєчасної, якісної та доступної високоспеціалізованої амбулаторної і стаціонарної психіатричної допомоги особам з розладами психіки та поведінки, неврологічної допомоги в порядку та обсязі, встановлених законодавством. Лікарня забезпечує комплексне лікування, що включає надання амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги особам із розладами психіки та поведінки, надання висококваліфікованої неврологічної допомоги.

Лікарня уклала 6 договорів з Національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, що надає можливість забезпечувати надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам відповідно до вимог програми медичних гарантій та отримувати фінансування за визначеними пакетами медичних послуг.

У структуру лікарні входять:

1. Приймальне-консультативне відділення з центром невідкладної допомоги особам з розладами психіки та поведінки;
2. Мобільна паліативна допомога;
3. Центр ментального психічного здоров'я;
4. Загальнопсихіатричні відділення: чоловіче № 1 на 70 ліжок, жіноче № 2 на 60 ліжок, змішане № 3 кризових станів на 70 ліжок, змішане № 5 на 35 ліжок (в тому числі 5 інфекційних), чоловіче № 6 на 60 ліжок, змішане № 7 на 40 ліжок;
5. Центр для лікування психічних непсихотичних розладів на 53 ліжка;
6. Вузько спеціалізоване відділення № 4 інтенсивної терапії для хворих з психічними розладами на 12 ліжок;
7. Параклінічні відділення: клініко-діагностична лабораторія, відділ інфекційного контролю, відділ фармацевтичного забезпечення та контролю якості призначених лікарських засобів, організаційно-методичний консультативний відділ, центр психологічного супроводу.

Кабінети функціональної діагностики, стоматологічний та рентгенологічний.

Проектна потужність лікарні розрахована на перебування 400 пацієнтів, на момент відвідування у закладі перебувало 320 осіб.

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) від 24.10.2023 № 1847 «Про внесення змін до Переліку спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги» ЧОПЛ виключено із Переліку спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги, відповідно в лікарні не застосовуються стаціонарні види примусових заходів медичного характеру, передбачені Кримінальним кодексом України.

За даними Ліцензійного реєстру Міністерства охорони здоров'я України ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» (код ЄДРПОУ 43288841) провадить господарську діяльність з медичної практики на підставі ліцензії 2337/Л-П, номер рішення 1301.

Обласне комунальне некомерційне підприємство «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» має ліцензію на право здійснення господарської

діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (придбання, зберігання, перевезення, використання та знищення). Наказ Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками від 04.04.2025 № 529-25.

Попередні зауваження.

За результатами попереднього відвідування НПМ 13.03.2024 виявлено порушення та недоліки:

1. у всіх відвіданих відділеннях замкнено входні двері, як наслідок пацієнти, які надали згоду на перебування у закладі обмежені у праві вільного пересування;

2. безпосередньо у палатах обладнане цілодобове відеоспостереження, що порушує право пацієнтів на повагу до приватного життя під час перебування у закладі;

3. у закладі не забезпечена можливість здійснення прогулянок пацієнтів;

4. фізичне обмеження застосовується до осіб у палатах на їх ліжках з панцерною сіткою у присутності інших пацієнтів, які страждають на психічні розлади, що може принижувати честь та гідність пацієнтів у випадку застосування зазначених заходів;

5. встановлені випадки розбіжностей між записами щодо часу застосування фізичного обмеження до пацієнта у Протоколі застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та журналі реєстрації застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади;

6. відповідно до пункту 6 розділу II Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого наказом МОЗ від 04.06.2020 № 1308, для визначення плану та обсягу надання паліативної допомоги закладом охорони здоров'я, який надає паліативну допомогу, складається план спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги. Водночас у паліативному відділенні закладу такі плани при поступленні пацієнта не складаються. Зі слів медичних працівників, через недостатню кількість персоналу у закладі. Лікарі вимушені заповнювати такі плани лише під час закриття історії хвороби пацієнта, що не забезпечує попереднього якісного спостереження за пацієнтом під час його перебування у паліативному відділенні;

7. відповідно до пункту 13 Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженого наказом МОЗ від 07.12.2023 № 2085 пацієнти мають право вести телефонні розмови та користуватися глобальною мережею Інтернет (за власний рахунок) з урахуванням розпорядку дня закладу з надання психіатричної допомоги. У ході відвідування виявлені неправомірні обмеження з боку персоналу щодо користування пацієнтами власними мобільними телефонами, зокрема телефони пацієнтам видаються лише за певних обставин з дозволу медичного працівника;

8. на вікнах переважної більшості відділень лікарні наявні нерозпашні ґрати;
9. під час відвідування групою НППМ виявлені протерміновані лікарські засоби;
10. у приміщенні складу виявлено протерміновані харчові продукти та продукти з невстановленим терміном придатності;
11. у закладі організовано триразовий режим харчування замість необхідного чотириразового режиму;
12. приміщення харчоблоку потребує вжиття дезінсекційних заходів через розповсюдження тарганів.

Під час відвідування групою НППМ виявлено позитивний досвід організації функціонування лікарні, який може бути поширено у інших закладах, зокрема:

- організовано співпрацю із закладами соціального захисту населення, що дозволяє пацієнтам лікарні, які мають стійкі інтелектуальні та/або психічні розлади, отримати соціальні послуги поза межами лікарні, зокрема в умовах психоневрологічного інтернату;
- персоналом вживаються заходи щодо отримання пацієнтами лікарні документів, які посвідчують особу;
- організовано співпрацю з медичними закладами міста з метою надання пацієнтам лікарні медичної допомоги та/або послуг, які відсутні в ЧОПЛ;
- наявні сертифіковані засоби для фізичної фіксації;
- залучається гуманітарна допомога з метою покращення умов перебування, харчування та лікування пацієнтів;
- забезпечено безперешкодний доступ пацієнтів до питної води.

Водночас групою НППМ виявлені недоліки в роботі ЧОПЛ, які призводять до порушення прав пацієнтів.

II. ФАКТИ, ВИЯВЛЕНІ ПІД ЧАС ВІДВІДУВАННЯ

1. Під час відвідування групою НППМ виявлено, що в окремих палатах закладу одночасно перебуває понад 10 пацієнтів, що не відповідає вимогам пунктів 8.3.2.6 та 8.3.2.7 ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» (далі – ДБН) щодо організації палатних відділень та їх місткості.

Таке розміщення пацієнтів призводить до погіршення умов перебування, не забезпечує належного особистого простору, ускладнює дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму, не забезпечує приватності під час надання медичної допомоги, а також негативно впливає на забезпечення права пацієнтів на повагу до людської гідності та належні умови перебування в закладі охорони здоров'я (фото 1, 2).

Самі палати є прохідними приміщеннями. У порушення вимог ДБН у палатах недостатня кількість приліжкових тумб та шаф для зберігання особистих речей пацієнтів.

Вищезазначене не відповідає пунктам 32-36 Стандартам ЄКЗК (CPT/Inf(98)12-part), якими передбачено необхідність створення в закладах охорони здоров'я позитивного терапевтичного середовища, забезпечення пацієнту достатнього простору для проживання, достатнього освітлення, опалення, обладнання палат для пацієнтів та місць відпочинку, з тим, щоб надавати пацієнтам візуальну стимуляцію.

2. У порушення пункту 9 Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах затвердженого наказом МОЗ № 2085 від 07.12.2023 (далі – пункт 9 Порядку) у деяких відвіданих відділеннях замкнено входні двері. Як наслідок пацієнти, які надали згоду на перебування у закладі обмежені у праві вільного пересування. Також зазначене обмеження не було належно обґрунтоване у медичній документації пацієнтів. Відповідно до чинного законодавства вхід/вихід з відділень має бути вільним, з урахуванням вимог громадської безпеки у нічний час (фото 3).

Відповідно до статті 25 Закону України «Про психіатричну допомогу» пацієнти мають право на одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах. У статті 6 Рекомендацій R (83) 2 Комітету міністрів державам-учасницям щодо правового захисту осіб, що страждають психічними розладами, яких примусово утримують в якості пацієнтів, наголошується, що обмеження особистої свободи пацієнта повинні зводитися тільки до тих, які необхідні через стан його здоров'я та для забезпечення успішного лікування.

3. Під час відвідування виявлено, що в одному із відділень закладу функціонує приміщення з вивіскою «Палата для застосування фізичного обмеження». Двері зазначеної палати обладнані великим прозорим склом, через яке інші пацієнти мають можливість безперешкодно спостерігати за особами, які перебувають усередині.

Наявність такого приміщення у відкритому доступі та відсутність належної візуальної ізоляції створюють ризик порушення права пацієнтів на приватність, повагу до людської гідності та конфіденційність медичної інформації. Застосування фізичного обмеження є крайнім заходом, який має здійснюватися в умовах, що забезпечують максимально можливу приватність та недопущення приниження гідності пацієнта, який перебуває у вразливому або безпорадному стані.

Водночас у гострому жіночому відділенні закладу, на момент відвідування спеціалізована палата для застосування фізичного обмеження перебувала на ремонті. У зв'язку з цим фіксацію пацієнток, до ліжка за допомогою тканих ременів, здійснювали на двох спеціально обладнаних ліжках, розташованих у загальній палаті. Таким чином, застосування фізичного обмеження відбувалося у присутності інших пацієнтів, які могли безпосередньо спостерігати за процесом, що призводило до ще нижчого рівня приватності, ніж у приміщенні з прозорою перегородкою.

Крім того, аналіз медичної документації засвідчив, що тривалість усіх зафіксованих випадків фізичного обмеження зазначалася однаково 30 хвилин у

всіх пацієнтів. Такий підхід до документування не дає змоги встановити фактичну тривалість фізичного обмеження у кожному конкретному випадку та, відповідно, перевірити обґрунтованість і необхідність його продовження протягом зазначеного часу. Незалежно від того, чи було таке зазначення зумовлене технічними особливостями системи документування або особливостями її налаштування, воно не забезпечує належної фіксації фактичних обставин застосування фізичного обмеження.

Отже, виявлені під час відвідування умови застосування фізичного обмеження та порядок документування таких випадків не забезпечують належного рівня приватності, захисту людської гідності та достовірної фіксації фактичної тривалості застосованого заходу (фото 4).

4. На вікнах деяких відділень лікарні залишилися нерозпашні ґрати (фото 5). Проте пунктом 9 Порядку заборонено встановлювати ґрати на вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах. У разі необхідності встановлення на вікнах приміщень об'єктів, де перебувають люди, ґрат, останні повинні розкриватися, розсуватися або зніматися відповідно до пункту 2.16 Правил пожежної безпеки в Україні, затверджених наказом Міністерства внутрішніх справ України від 30.12.2014 № 1417.

5. Під час відвідування групою НПМ в одному з відділень закладу виявлено лікарські засоби та вироби медичного призначення із строком придатності який завершився (фото 6). Зазначене свідчить про неналежну організацію контролю за умовами зберігання та своєчасним вилученням з обігу непридатних до використання лікарських засобів і медичних виробів, що є порушенням вимог пункту 5 розділу I Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах, затверджених наказом МОЗ від 16.12.2003 № 584. Використання лікарських засобів і медичних виробів, термін придатності який завершився, створює потенційну загрозу життю та здоров'ю пацієнтів, може призвести до зниження ефективності лікування, виникнення небажаних реакцій, ускладнень, а також свідчить про недотримання вимог щодо забезпечення безпечної та якісної медичної допомоги.

6. Групою НПМ з'ясовано, що заклад функціонує в умовах тривалого дефіциту медичних кадрів. На день відвідування залишаються вакантними 19,75 посади лікарів, 7,5 посади середнього медичного персоналу та 19,25 посади молодшого медичного персоналу. Крім того, значна частина лікарів перебуває у пенсійному віці, що свідчить про недостатнє кадрове оновлення та створює ризики подальшого поглиблення кадрової кризи. Така ситуація призводить до надмірного навантаження на працюючий персонал, підвищує ризик професійного вигорання, ускладнює організацію безперервного надання медичної допомоги, особливо пацієнтам, які потребують цілодобового спостереження, та може негативно впливати на своєчасність, доступність і якість медичних послуг.

7. Під час огляду приміщення продуктового складу виявлено факти зберігання харчових продуктів із закінченим строком придатності, які є непридатними до споживання та можуть становити безпосередню загрозу життю і здоров'ю пацієнтів. Зокрема, на складі зберігалися соняшникова олія та макаронні вироби, строк придатності яких минув.

Крім того, встановлено недотримання вимог щодо товарного сусідства під час зберігання харчових продуктів, що створює ризик їх забруднення, погіршення якості та безпечності, а також може сприяти виникненню харчових отруєнь і поширенню інфекційних захворювань.

Зазначені факти свідчать про неналежну організацію зберігання харчових продуктів та є порушенням вимог Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів», яким передбачено обов'язок операторів ринку забезпечувати безпечність харчових продуктів на всіх етапах їх обігу та не допускати використання харчових продуктів із закінченим строком придатності. Такі порушення не забезпечують належного рівня безпечності харчування пацієнтів, порушують їх право на безпечне та якісне харчування і можуть створювати реальну загрозу їх життю та здоров'ю.

Про те під час написання звіту даний недолік був усунений та надіслано фото підтвердження (фото 7).

8. У порушення пункту 1.4 Порядку організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ від 29.10.2013 № 931, у закладі виявлено порушення встановленої кратності прийомів їжі пацієнтами. У лікарні загалом організовано лише триразовий режим харчування замість передбаченого чотириразового.

Окрім цього, зафіксовано нерівномірний підхід до організації харчування пацієнтів у різних структурних підрозділах лікарні. Зокрема, під час опитування встановлено, що полуденок (четвертий прийом їжі) отримували пацієнти, які перебували у відносно кращому стані та мали можливість самостійно залишати відділення. Водночас пацієнти, які перебували у відділеннях інтенсивної терапії та закритих відділеннях і не мали можливості вільно залишати їх, полуденок не отримували та забезпечувалися їжею лише тричі на добу.

Таким чином, доступ пацієнтів до четвертого прийому їжі фактично залежав від їхнього стану та можливості залишати відділення, а не забезпечувався як складова єдиного режиму лікувального харчування для всіх пацієнтів. Така практика свідчить про відсутність належного внутрішнього контролю за дотриманням установленої кратності харчування та призводить до нерівного забезпечення пацієнтів лікувальним харчуванням залежно від структурного підрозділу, у якому вони перебувають.

9. Під час відвідування групою НПМ з'ясовано, що окремим пацієнтам із порушенням ковтання таблетовані лікарські засоби, перед застосуванням подрібнювали до порошкоподібного стану. Такий спосіб застосування потребує врахування лікарської форми конкретного препарату та відповідності інструкції для його медичного застосування, оскільки подрібнення окремих видів таблеток

може впливати на характеристики вивільнення діючої речовини та безпеку й ефективність фармакотерапії.

Водночас спосіб подальшого введення подрібненого лікарського засобу має принципове значення для оцінки дотримання права пацієнта на добровільне лікування. Зокрема, у разі якщо пацієнту не повідомляється про лікарський засіб, який йому надається, подрібнений препарат приховано додається до їжі або напою або застосовується без відома чи всупереч волі пацієнта, така практика може мати ознаки прихованого та примусового медикаментозного лікування.

У зв'язку з цим у медичній документації має бути чітко відображено призначення лікарського засобу, причини зміни способу його введення, спосіб фактичного застосування, а також інформацію щодо поінформованості пацієнта на лікування. Відсутність такої інформації не дає можливості належним чином оцінити добровільність застосування лікарського засобу та створює ризик його прихованого або примусового введення.

10. Під час вивчення Журналу реєстрації випадків виявлення тілесних ушкоджень з'ясовано, що його ведення у відділенні здійснюється з порушенням установлених вимог щодо оформлення та обліку відповідної інформації. Зокрема, окремі записи є неповними, не містять усіх необхідних відомостей про характер, а саме відсутня інформація щодо повідомлень прокурора та правоохоронних органів, що порушує вимоги пункту 4 розділу II спільного наказу Міністерства внутрішніх справ України та МОЗ від 06.07.2016 № 612/679 (далі – Порядок). У порушення пункту 3 розділу II Порядку медичним працівником не додається до довідки про тілесні ушкодження форма первинної облікової документації № 511/о «Довідка № про фіксацію тілесних ушкоджень», затверджена наказом МОЗ від 14.02.2012 № 110. Окрім того, медичним персоналом закладу допускаються суттєві недоліки під час документування травм: до медичних карт пацієнтів не додаються детальні схематичні зображення (із зазначенням локалізації, характеру та розмірів ушкоджень), описи, а також фотографії наявних тілесних ушкоджень. Описані недоліки унеможливають ефективне розслідування фактів можливого насильства або жорстокого поводження з пацієнтами.

11. Під час відвідування з'ясовано, що медичні працівники приділяють увагу отриманню згоди пацієнтів на медичне втручання. Водночас при спілкуванні з персоналом виявлено недостатню обізнаність щодо принципів урахування волі та уподобань пацієнта, а також механізмів попереднього планування та документування його побажань щодо майбутнього лікування (попередніх розпоряджень щодо лікування). Зазначене може призводити до зосередження виключно на формальному отриманні згоди без належного врахування автономії пацієнта, його індивідуальних побажань та заздалегідь висловленої волі щодо медичної допомоги.

12. У відділенні для осіб із психосоціальними порушеннями незабезпечено належних умов доступності для пацієнтів із фізичними порушеннями. Під час відвідування група НПМ спостерігала, як пацієнти, які мають труднощі з пересуванням, не могли самотійно користуватися сходами, що ведуть до саду,

у зв'язку з чим потребували значної фізичної допомоги з боку персоналу під час підйому та спуску сходами. Зазначене свідчить про недостатнє забезпечення безперешкодного та безпечного доступу таких пацієнтів до відкритого простору та території закладу і створює ризик їх обмеження у користуванні приміщеннями та територією на рівних умовах з іншими пацієнтами, що свідчить про невідповідність умов експлуатації приміщень вимогам Державних будівельних норм ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель та споруд. Основні положення», якими передбачено обов'язкове забезпечення доступності будівель і споруд для всіх категорій користувачів.

ІІІ. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Міністерству охорони здоров'я України:

вжити заходів, спрямованих на усунення виявлених у ході реалізації функцій національного превентивного механізму наведених порушень прав людини та недопущення катувань, інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання у Обласному комунальному некомерційному підприємстві «Чернівецька обласна психіатрична лікарня»;

забезпечити контроль за дотриманням прав людини і громадянина, реалізацію законних прав та інтересів пацієнтів на охорону здоров'я та отримання медичної допомоги в Обласному комунальному некомерційному підприємстві «Чернівецька обласна психіатрична лікарня».

Чернівецькій обласній військовій адміністрації:

розглянути питання розширення штату медичних працівників лікарні шляхом введення додаткових штатних одиниць;

розробити та реалізувати план облаштування відділень лікарні відповідно до встановлених вимог.

Обласному комунальному некомерційному підприємстві «Чернівецька обласна психіатрична лікарня»:

Розглянути питання оптимізації часу перебування пацієнтів в умовах стаціонару.

Забезпечити:

неухильне додержання вимог Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах;

ознайомлення усіх пацієнтів з усвідомленою письмовою згодою на обстеження та лікування у закладі;

заміну нерозпашних ґрат на розпашні;

складання та ведення плану спостереження пацієнта, які потребують паліативної допомоги;

неухильне дотримання правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах та утилізацію лікарських засобів із терміном придатності, що минув;

дотримання вимог Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» та утилізацію харчових продуктів із терміном придатності, що минув;

розглянути поширення досвіду впровадження в закладах, які надають психіатричну допомогу в умовах стаціонару, міжнародної моделі «Safewards» та «QualityRights»;

введення у закладі чотириразового режиму харчування;

доступність до всіх відділень для маломобільних пацієнтів.

Додаток: фото до звіту.

Керівник групи
начальник відділу реалізації
національного превентивного
механізму у сфері охорони
здоров'я Департаменту з питань
реалізації національного
превентивного механізму
Секретаріату Уповноваженог
Верховної Ради України з пра
людини



Владислав ПЕТРОСОВ

Фото до звіту

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Фото 5

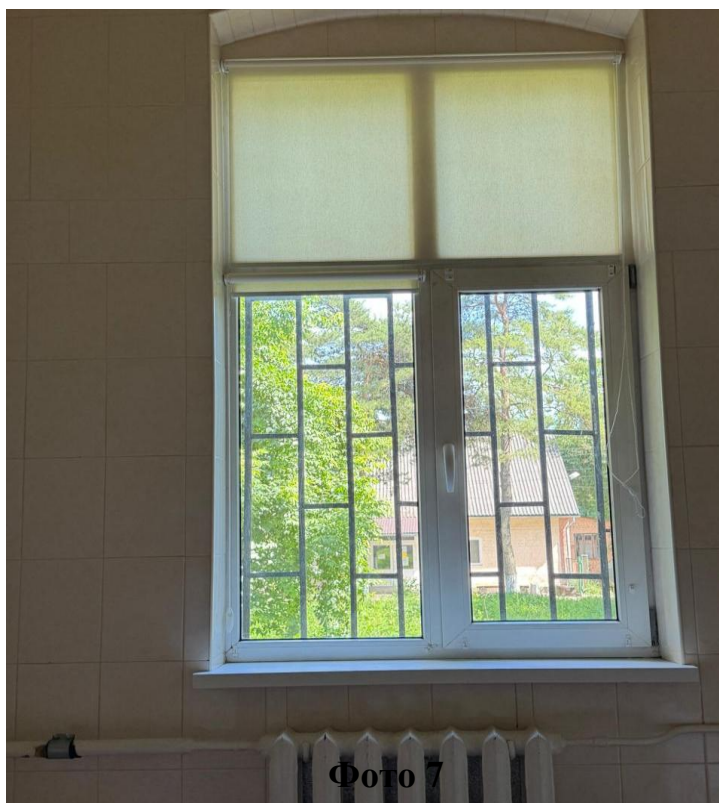


Фото 7

Фото 6

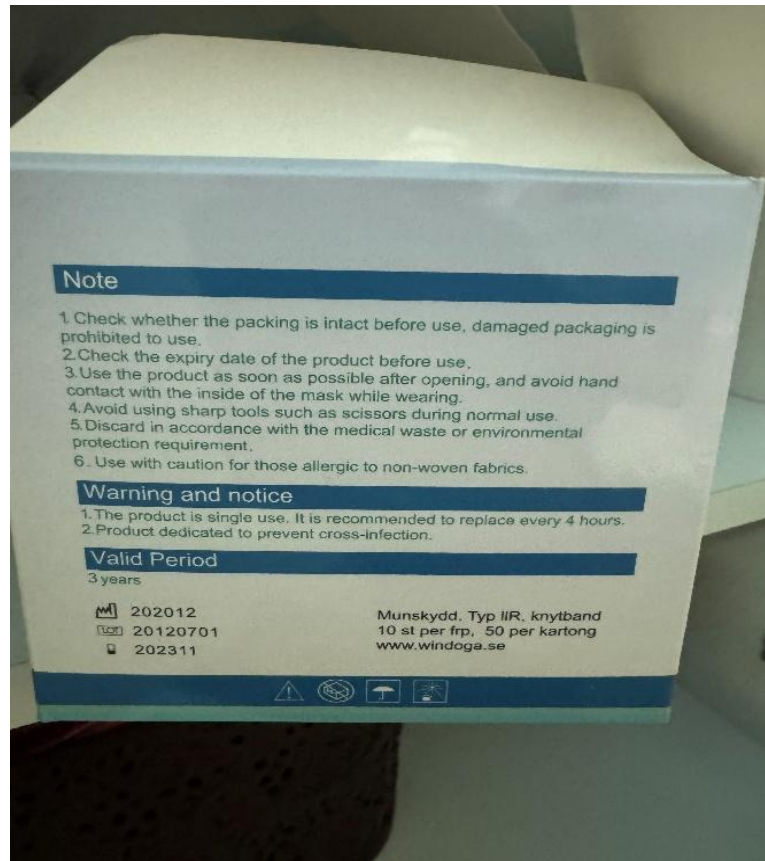


Фото 7

ОКНП "Чернівецька обласна психіатрична лікарня"
(найменування юридичної особи)

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ 43288841 ЗАТВЕРДЖУЮ

(підпис) _____
20 _____ 26р.

АКТ
списання товарно-матеріальних цінностей
17 червня 2026р

Комісія призначена наказом №11 від 08.01.2026р, у складі головний бухгалтер Т.О. Чаловська, заступник генерального директора з економіки С.М.Сустрєва, завідувач харчоблоком Г.Г. Дутчак, бухгалтер Н.Б. Патиґа, у присутності матеріально відповідальної особи комірника Ілюк В.І, здійснила огляд та перевірку товарно-матеріальних цінностей, що зберігаються на продуктовому складі. В результаті перевірки встановлено, що нижче перелічені цінності непридатні для подальшого використання у зв'язку із закінченням терміну придатності та підлягають списанню:

- олія соняшникова в кількості - 1506,912 кг.
- макарони в кількості -5,0 кг.

Голова комісії:
головний бухгалтер _____ Т. Чаловська

Члени комісії:
заступник ген. директора з економіки _____ С. Сустрєва
завідуюча харчоблоком _____ Г. Дутчак
бухгалтер _____ Н. Патиґа

Матеріально відповідальна особа:
комірник _____ В. Ілюк