

с. Долгодеревенское
(место составления акта)

29 09 2015 г.
(дата составления акта)
13 час 30 мин.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

лицензионных требований соискателя лицензии/лицензиата Министерством
здравоохранения Челябинской области

№ 81к

По адресу/адресам: 456510, Россия, Челябинская обл., Сосновский район,
с. Долгодеревенское, ул. Северная, д. 14. Нежилое здание. Нежилое помещение № 9.
(место проведения проверки)

На основании: приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от
21.09.2015 г. № 1414

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая документарная и выездная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Муниципального учреждения «Комплексный центр социального обслуживания
населения» Сосновского муниципального района Челябинской области
(МУ «Комплексный центр»).

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

« 24 » 09 2015 г. с 12 час. 30 мин. до 13 час. 30 мин. Продолжительность: 012.00 мин.
« — » — 20 — г. с — час. — мин. до — час. — мин. Продолжительность: —

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений
юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 04 рабочих дня
(рабочих дней, часов)

Акт составлен: Министерством здравоохранения Челябинской области.

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):

заполняется при проведении выездной проверки)

Мирошник Наталья Владимировна
24.09.2015. 12-30

(фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Цветова И.П. - консультант отдела лицензирования
медицинской деятельности управления лицензирования Министерства здравоохранения
Челябинской области, председатель комиссии;

Ломов С.А. - консультант отдела лицензирования медицинской деятельности управления
лицензирования Министерства здравоохранения Челябинской области.

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц),
проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных
организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее - при наличии), должности экспертов и/или
наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и
наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

Мирошник Наталья Владимировна - директор

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица
(должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного
представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой
организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при
проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения) выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____

Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): _____

Нарушений не выявлено цвет

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

цвет

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку:

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

Михаил Николаевич Афанасьев директор

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

"24" 09 2015 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)