



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

г. Краснодар
(место составления акта)

“ 06 ” марта 20 19 г.
(дата составления акта)
11.00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

органом государственного контроля (надзора), органом муниципального
контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя
№ ЛО 23-01/013727-19

По адресу/адресам:

350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276.

(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства здравоохранения Краснодарского края от 01.03.2019 № 1350 «О проведении внеплановой документарной проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя»

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)

была проведена внеплановая документарная

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

проверка в отношении: государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Участковая больница №3города Сочи» министерства здравоохранения Краснодарского края.

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

Дата и время проведения проверки:

" " 2019 г. с __ час. __ мин. до __ час. __ мин. Продолжительность __ часов

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств,
обособленных структурных подразделений юридического лица или при

осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 3 рабочих дня (с 04.03.2019 по 06.03.2019)

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством здравоохранения Краснодарского края

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

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

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Топорова Зарина Витальевна — ведущий консультант отдела по лицензированию медицинской деятельности управления по лицензированию министерства здравоохранения Краснодарского края.

(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:

 (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)

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

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)

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


 (подпись проверяющего)

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

Подписи лиц, проводивших проверку:


Ведущий консультант отдела по лицензированию
 медицинской деятельности
 управления по лицензированию
 З.В. Топорова

 (должность, Ф.И.О.)



 (подпись)

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



 (фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

“ 13 ” 03 2019 г. _____
 (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____