



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

г. Краснодар
(место составления акта)

“ 12 ” 11 20 14 г.
(дата составления акта)

15-00
(время составления акта)

А К Т ПРОВЕРКИ

органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя

№ ЛО 23-02/008087-14

По адресу/адресам: 350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276 _____
(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства здравоохранения Краснодарского края от « 10 » 11 2014 № 5861 _____

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

была проведена документарная проверка сведений, содержащихся в представленных соискателем лицензии (лицензиатом) заявлении и прилагаемых к нему документах, соблюдения соискателем лицензии (лицензиатом) лицензионных требований на осуществлении медицинской деятельности, регламентированных п. 9 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

в отношении:

Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Краснодарского края «Краснодарский комплексный центр социального обслуживания населения Центрального округа»

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

Дата и время проведения проверки:

" " 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность _____

" " 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: _____ 1 рабочий день _____

(рабочих дней)

Акт составлен: _____ министерством здравоохранения Краснодарского края. _____

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

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

(заполняется при проведении выездной проверки)

не предусмотрено _____

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании
проведения проверки: **не предусмотрено** _____

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами
прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Левко Занда Боккаевна – ведущий консультант отдела по лицензированию медицинской деятельности управления по лицензированию медицинской деятельности 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:

Не предусмотрено _____

(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

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля

не предусмотрено (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):
не предусмотрено**

(подпись проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц(а), проводивших проверку:

Подпись лица, проводившего проверку:

Ведущий консультант отдела по лицензированию
медицинской деятельности управления по
лицензированию

З.Б.Левко

(должность, Ф.И.О.)



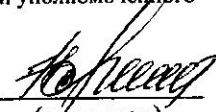
(подпись)

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

Зверковская Наталья Александровна директор

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

“ ”



(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____