

г. Челябинск  
(место составления акта)

14.04 2016 г.  
(дата составления акта)  
15 час 00 мин  
(время составления акта)

### АКТ ПРОВЕРКИ

лицензионных требований лицензиата/соискателя лицензии

Министерством здравоохранения Челябинской области

№ 8/И

По адресу/адресам:

455000, Россия, Челябинская обл., г. Магнитогорск, ул. Малиновая, д. 8/2, нежилое здание – корпус № 2.

(место проведения проверки)

На основании: приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от

29.03.2016 г. № 484

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

была проведена внеплановая документарная и выездная проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения «Магнитогорский психоневрологический интернат»

(Магнитогорский психоневрологический интернат)

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

Сроки проведения проверки:

Дата и время проведения проверки:

«14» 04 2016 г. с 13 час. 00 мин. до 15 час. 00 мин. Продолжительность: 2 часа

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

Общая продолжительность проверки: 2 часа

(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

Копия приказа наложена 14.04.2016 в 13:00

Уведомлен о проверке 13.04.16

(фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

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

(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 наименовании органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

Директор Суричев Игорь Павлович

(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): нет

(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): нет

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

Нарушений не выявлено нет

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

нет  
(подпись проверяющего)

нет  
(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):

нет  
(подпись проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы: приложения

Подписи лиц, проводивших проверку:

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

Директор Магнитогорского шахматного клуба  
Игорь Павлович  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

"14" 04 2016 г.

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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

нет  
(подпись)