

Управление по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при
Правительстве Удмуртской Республики

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

г. Ижевск, УЛМД УР
(место составления акта)

“ 17 ” 02 20 14 г.
(дата составления акта)
14.00.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 76

По адресу/адресам: Удмуртская Республика, г. Ижевск, Воткинское шоссе, 57

(место проведения проверки)

На основании: приказа Управления по лицензированию медицинской и фармацевтической
деятельности при Правительстве Удмуртской Республики от 12.02.2014г. № 254

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

была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

бюджетного учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики
«Комплексный центр социального обслуживания населения Киясовского района
(сокращенное наименование – КЦСОН Киясовского района)

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

Дата и время проведения проверки: 0 12.02.2014 по 17.02.2014

“ ” 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: 3 р/дня

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности
при Правительстве Удмуртской Республики

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

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

✓ Никитская, Татьяна Викторовна 17.02.2014

(фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

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

не согласован

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Лобастова Екатерина Сергеевна – ведущий специалист – эксперт
отдела экспертизы качества медицинской помощи УЛМД УР

(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 мероприятий по проверке)

Документы для переоформления лицензии представлены в полном (не в полном) объёме.
В ходе проведения проверки: нарушений не выявлено

Основания для переоформления лицензии имеются (отсутствуют).

Проверка полноты и достоверности представленных в заявлении и прилагаемых к нему документах сведений проведена путём сопоставления с соответствующими сведениями из Единого государственного реестра юридических лиц (Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей), полученными от ФНС России, от Росреестра, Роспотребнадзора, Казначейства России, ФСКН России (нужное указать), в том числе сведениями, полученными путём межведомственного информационного взаимодействия.

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):

(подпись проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку: Лобастова Е.С. _____

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

Александр Валерьевич Виноградов, директор
БЧ СВУР, Кемеровская область р-она

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

“ 17 ” 02 20 19 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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